

Qualificação de Auditorias e  
Ouvidorias: fortalecimento  
de áreas estratégicas do SUS

# Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS

**Auditoria**



*Organizadores*

Adelina Maria Melo Feijão

Francisco Salazar

Maria Francisca Santos Abritta Moro

Rosa Maria Pinheiro Souza



# Curso Nacional de Qualificação de **Auditorias e Ouvidorias do SUS**

1ª Edição

*Organizadores*

Adelina Maria Melo Feijão

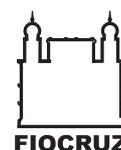
Francisco Salazar

Maria Francisca Santos Abritta Moro

Rosa Maria Pinheiro Souza

Rio de Janeiro – RJ

2014





Copyright © 2014 dos autores

Todos os direitos de edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz/Ensp

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

---

C977c Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do  
SUS: auditoria SUS. / organizado por Rosa Maria Pinheiro  
Souza... [et al]. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP, 2014.

88 p.

ISBN: 978-85-88026-76-6

1. Auditoria. 2. Sistema Único de Saúde - organização &  
administração. 3. Gestão em Saúde. 4. Políticas Públicas de  
Saúde. 5. Cursos. I. Moro, Maria Francisca Santos Abritta  
(Org.). II. Feijão, Adelina Maria Melo (Org.). III. Salazar,  
Francisco (Org.). IV. Título.

CDD - 22.ed. – 362.1068

**2014**

**Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública**

**Vice-direção de Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca**

Rua Leopoldo Bulhões, 1480

Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ

CEP 21041-210

Tel.: 21 2598-2855

[www.rededeescolas.ensp.fiocruz.br](http://www.rededeescolas.ensp.fiocruz.br)

## Créditos

### MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
Departamento de Ouvidoria Geral do SUS  
Coordenação Geral do Sistema Nacional de  
Ouvidoria  
Departamento de Auditoria Nacional do SUS

### FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Presidente  
Paulo Ernani Gadelha

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca – ENSP

Diretor  
Hermano Albuquerque de Castro

Vice-Diretor de Escola de Governo em Saúde  
– VDEGS

Frederico Peres da Costa

Rede de Escolas e Centros Formadores em  
Saúde Pública

Coordenadora da Secretaria Executiva  
Rosa Maria Pinheiro Souza

Projeto Qualificação de Auditorias e Ouvidorias  
do SUS

Coordenação Nacional  
Adelina Maria Melo Feijão

Alfredo Schechtman  
Andreza Cardoso Fialho Santos  
Francisco Salazar

Maria Francisca Santos Abritta Moro

Maria Helenice de Castro  
Rosa Maria Pinheiro Souza

Equipe Técnica – Ouvidoria

Ana Paula Girão Lessa  
Carmen Lucia Pádua Piccirillo  
Cristina Ayoubé Riche  
Márcia Lopes Silva  
Maria Francisca Santos Abritta Moro  
Marilena Cunha

Musa Denaíse de Sousa Morais de Melo

Renata C. Lustosa

Vera Lúcia Peruch

Equipe Técnica da Secretaria Executiva da Rede  
de Escolas e Centros Formadores em Saúde  
Pública:

Alex Bicca

Andreza Cardoso Fialho Santos

Caco Xavier

Francisco Salazar

Luana Furtado

Maria Lúcia de Macedo Cardoso

Patrícia Pol

Rosângela Carvalho

Autores introdução

Andreza Cardoso Fialho Santos

Francisco Salazar

Patrícia Pol

Equipe de Conteudistas UA 1

Marly Cruz

Rosa Maria Pinheiro Souza

Maria Lúcia de Macedo Cardoso

Equipe Conteudistas – Auditoria

Ana Cecília Bastos Stenzel (SEAUD/RS)

Amanda Soares (CGDI/Editora MS)

Aparecida Bueno Nogueira (SES/MS)

Margarete Gaban (SMS/Campo Grande/MS)

Mario Lobato da Costa (SEAUD/PR)

Marivania Fernandes Torres (CGDNCT)

Ricardo Ernestino Silva (SES/PE)

Equipe Conteudistas – Ouvidoria

Ana Paula Girão

Carmen Lúcia Pádua Piccirillo

Cristina Ayoubé Riche

Guilherme Grilli

Jaqueline Ceolin Amorim

Luís Carlos Bolzan

Márcia Lopes Silva

Maria Francisca Santos Abritta Moro

Musa Denaíse

Renata C. Lustosa

Validadores da UA2 – Ouvidoria

Daizes Caldeira Pimentel  
Divina Maria Mendonça Silva  
Jadiael Alexandre de Souza  
Jamara Alves Batista  
Jefferson Souza de Oliveira  
José Rosil Santos Monturil  
Maria Neusa Lima

Rosangele Maria de Paula  
Solange Ventura Biato  
Taís da Cunha Ferreira Tupinambá  
Vera Lúcia Peruch

Projeto Gráfico  
Luana Furtado

**Sumário**

Créditos	3
Objetivo Geral	11
Objetivos Específicos	11
Estrutura de governança	11
Atores envolvidos e suas atribuições	12
Material Pedagógico	14

**UA1****Estado, Sociedade, Saúde e Cidadania 17**

Módulo 1. Políticas de saúde no Brasil	21
Módulo 2. Marcos Conceituais e Legais do SUS	24
Universalização do direito à saúde	26
Descentralização com direção única para o sistema	26
Integralidade da atenção à saúde	26
Participação popular visando ao controle social	26
Igualdade sem preconceitos ou privilégios	26
Descentralização do Sistema de Saúde	29
Módulo 3. Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS	34
Módulo 4. Modelos de atenção e de organização do SUS	38
Módulo 5. Auditoria e Ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS	43
Ouvidorias e democracia participativa	43
Ouvidoria ativa	45
Auditoria como apoio à gestão do SUS	46
Referências Bibliográficas	48

**UA2****Auditoria do SUS 51**

Módulo 1. Controle Interno e Pressupostos Legais da Auditoria do SUS	55
Controle Interno	56
O Sistema Nacional de Auditoria (SNA)	58
Módulo 2. Implicações do trabalho de auditoria	62
Ética	62
Módulo 3. Operacionalização dos Processos de Trabalho de Auditoria	66
Caso do Hospital de Caridade Nossa Senhora	67

Planejamento	70
Fase Analítica	71
Fase operativa	75
Tipos de evidência	77
Técnicas de Auditoria	77
Reunião de Fechamento	79
Fase de relatório	79
Estrutura de relatório	80
Características do relatório	80
Etapas do relatório	81
O SISAUD/SUS	84
Referências Bibliográficas	87

## LISTA DE SIGLAS

8ª CNS – 8ª Conferência Nacional de Saúde  
Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar  
Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
Bits – Banco de Informações Técnicas em Saúde  
CA - Comunicado de Auditoria  
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CF/1988 – Constituição Federal de 1988  
CGU – Controladoria Geral da União  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIR – Comissão Intergestores Regional  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNPJ – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica  
Coap – Contrato Organizativo da Ação Pública  
Conasems – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CNJ – Conselho Nacional de Justiça  
Cosems – Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados  
DataSUS - Departamento de Informática do SUS  
DenaSUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS  
DF – Distrito Federal  
Doges – Departamento Geral de Ouvidoria do SUS  
EAD – Educação a Distância  
Ensp – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz  
FNS – Fundo Nacional de Saúde  
GM/MS – Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
LAI – Lei de Acesso à Informação  
LC – Lei Complementar  
LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros  
LOS – Lei Orgânica da Saúde  
MP – Ministério Público  
MS – Ministério da Saúde

NAT – Núcleo de Apoio Técnico  
Noas – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
Nupe – Núcleo de Pesquisa  
Pacs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
ParticipaSUS – Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PF – Polícia Federal  
PIC - Procedimento Investigatório Criminal  
PMI – *Project Management Institute*  
PNCT – Programa Nacional de Controle do Tabagismo  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RAS – Redes de Atenção à Saúde  
Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais  
Renases – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde  
SADTs – Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêuticos  
SAI – Sistema de Informação Ambulatorial  
SAUDELEGIS – Sistema de Legislação da Saúde  
SCNES – Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde  
SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa  
SGP – Secretaria de Gestão Participativa  
SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS  
SIH – Sistema de Informação Hospitalar  
SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado  
SIM – Sistema de Informação de Mortalidade  
Siops – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde  
Sisaud – Sistema de Auditoria do SUS  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SNA – Sistema Nacional de Auditoria  
SNO – Sistema Nacional de Ouvidorias  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TAS – Termo de Ajuste Sanitário  
TCU – Tribunal de Contas da União  
UA – Unidade de Aprendizagem  
UBS – Unidades Básicas de Saúde  
UnB – Universidade de Brasília  
USF – Unidade de Saúde da Família  
VDEGS – Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde

## Prefácio

Uma das grandes conquistas alcançadas com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a inserção da participação social entre seus princípios basilares, possibilitando a atuação da população na formulação e fiscalização das políticas e ações públicas de saúde, por intermédio de mecanismos de representação social, como os conselhos e as conferências de saúde.

Como estratégia do Governo Federal na busca por um maior envolvimento da população na formulação e gestão de políticas para o SUS, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS), reestruturada pelo Decreto nº 5.841, de 13 de julho de 2006, passou a ser denominada Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS). A SGEP/MS tem a missão de consolidar e aperfeiçoar os espaços de participação e controle social já existentes, e estimular novas formas de participação social na gestão do SUS. Cabe à SGEP/MS apoiar os mecanismos constituídos de participação popular, controle social e gestão participativa como uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos do SUS, além dos conselhos e conferências de saúde.

Dentro dessa perspectiva, o Departamento Geral de Ouvidoria do SUS (Doges) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) da SGEP/MS possuem papel fundamental para o fortalecimento da gestão estratégica e participativa, qualificando os processos de gestão do SUS ao ouvir, analisar e encaminhar as demandas provenientes dos usuários, além de auditar as contas do SUS de forma pública e transparente.

Implementada em 2007, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Portaria GM/MS nº 1996) promove a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; a construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; e o reconhecimento de bases locais como unidades político-territoriais em que se coordenam estruturas de ensino e de serviços. O eixo para sua formulação, implementação e avaliação é o da integralidade e o da implicação com os usuários.

A educação permanente em saúde apresenta como principal característica político-pedagógica promover o encontro entre o mundo do trabalho e o mundo da formação. Tem como foco de suas práticas a reflexão crítica e a problematização dos processos cotidianos de trabalho, tomando como referências as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a gestão setorial e o controle social.

**A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)**, instituição de tradição e excelência na formação de profissionais e atores sociais e políticos que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sedia e apoia a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública (criada em 2007) que se traduz num espaço de diálogo permanente entre instituições de ensino de saúde no Brasil, favoráveis à construção de consensos em torno da educação permanente em saúde, valoriza a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho e que fortalece o controle social. A Rede conta hoje com 48 (quarenta e oito) Escolas e Centros Formadores e sua estrutura de governança é composta pelo Grupo de Condução, formado pela representação de 10 escolas e centros formadores em saúde pública, por um Conselho Consultivo composto por representação de secretarias do Ministério da Saúde, Conass e Conasems e por uma Secretaria Executiva, sediada na ENSP/Fiocruz.

O **Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS** é oriundo de uma parceria estabelecida em 2011 entre a Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde VDEGS/ENSP/Fiocruz, o Departamento Geral de Ouvidoria do SUS (Doges) e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública. Essa articulação desencadeou algumas ações: a) curso de mestrado profissional voltado para profissionais do Doges/SGEP/MS lotados em Brasília-DF; b) curso de qualificação direcionado à profissionais de auditoria e ouvidoria que atuam nas 27 (vinte e sete) unidades da federação e c) proposta de cursos de Ensino à distância (EAD).

A presente proposta de tem como escopo principal desenvolver um programa de qualificação do Sistema Nacional de Auditoria e do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, contribuindo para que as práticas profissionais e de organização do trabalho, estejam alinhadas com os princípios e diretrizes do SUS e comprometidas com experiências que representem o fortalecimento das auditorias e ouvidorias do SUS. Para tanto, convida auditores e ouvidores a uma reflexão crítica acerca dos conceitos, processos de trabalho e organização dos serviços de Auditoria e Ouvidoria do SUS.

**Hermano Albuquerque de Castro**

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

# Qualificação de Auditorias e Ouvidorias: fortalecimento de áreas estratégicas do SUS

O **Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS** contemplará os 26 (vinte e seis) Estados e o Distrito Federal. Será realizado na modalidade presencial e contará com a participação de 1.080 (um mil e oitenta) alunos, sendo 40 (quarenta) participantes por Estado, desses, 20 (vinte) para Auditoria e 20 (vinte) para Ouvidoria.

Os municípios contemplados, nesse primeiro momento, foram definidos pelo Doges/SGEP/MS e pelo DenaSUS/SGEP/MS, priorizando aqueles que aderiram ao Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) ou ao SISPACTO (aplicativo do Pacto pela Saúde). No tocante à auditoria são municípios que possuem o componente auditoria implantado, o componente estadual e federal também participarão, e quanto à ouvidoria são aqueles que não possuem o componente de ouvidoria mas que pactuaram.

O Curso de Qualificação terá carga horária de 80h (oitenta horas), sendo 40h (quarenta horas) para a Unidade de Aprendizagem 1 (UA1), comum a todos, e 40h (quarenta horas) para a Unidade de Aprendizagem 2 (UA2), com temas específicos sobre Auditoria ou Ouvidoria.

## Objetivo Geral

Contribuir para a qualificação do Sistema Nacional de Auditoria e do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS, com vistas ao fortalecimento destas áreas estratégicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

## Objetivos Específicos

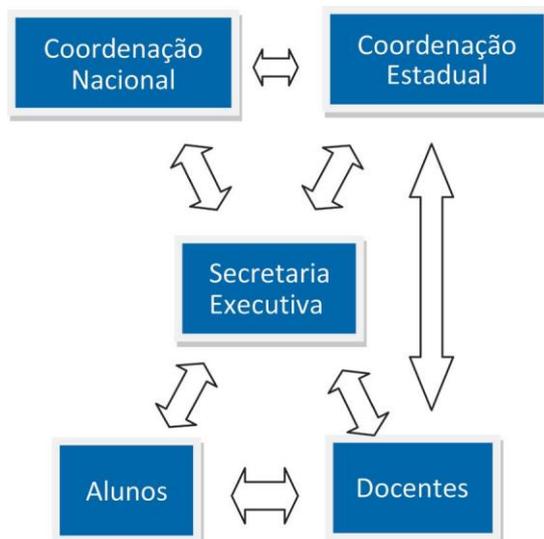
- § 1º Qualificar o conhecimento dos auditores e ouvidores nos temas Estado, sociedade, saúde e cidadania, auditoria e ouvidoria;
- § 2º Contribuir para a prática profissional e organização dos serviços de Auditoria e Ouvidoria no âmbito do SUS.

O Curso contará com uma Coordenação Nacional e 27 (vinte e sete) Coordenações Estaduais, com sua respectiva Secretaria Executiva que serão responsáveis pelo contato direto com os docentes, os alunos, matrícula, bem como a organização e funcionamento do Curso no seu Estado.

## Estrutura de governança

Apresenta-se a seguir (Figura 1) a estrutura de governança do Curso, com seus atores e as possibilidades fluxo de informação.

**Figura 1** – Estrutura de Governança do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS.



Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

## Atores envolvidos e suas atribuições

Destacam-se aqui os principais atores envolvidos e suas atribuições no desenvolvimento do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS, são eles: Coordenação Nacional, Coordenador(a) Estadual, Secretário(a) Executivo, Docente e Alunos. A seguir apresentamos uma descrição do perfil e atribuições de cada um deles.

**Quadro 1** – Atribuições e responsabilidades da Coordenação Nacional do Curso

Coordenação Nacional		
Quem é	O que faz	Responsáveis
Composta por profissionais da Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (VDEGS/ENSP/Fiocruz), da Secretaria Executiva da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública; em parceria com o Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges) e do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS) – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.	Articula e mobiliza as Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública para participar da organização e realização do Curso no âmbito do seu estado.	ENSP/Rede
	Elabora e organiza o material pedagógico do Curso.	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS
	Propõe e articula cronograma de realização do Curso.	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS
	Indica os municípios que participarão do Curso.	Doges, DenaSUS

	Promove a oficina de formação de docentes.	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS
	Realiza contato com os municípios para indicação de alunos do Curso.	ENSP/Rede
	Oferece suporte à Coordenação Estadual, quando necessário.	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS
	Efetua a definição da documentação necessária para a inscrição e matrícula dos alunos.	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS
	Monitora o desenvolvimento do projeto (metas, cronograma, desembolso financeiro).	ENSP, Rede, Doges, DenaSUS

Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

### Quadro 2 – Atribuições e responsabilidades da Coordenação Estadual do Curso

Coordenação Estadual	
Quem é	O que faz
Profissional do campo da educação em saúde com experiência em educação permanente selecionado pela Escola ou Centro Formador em Saúde Pública/ Coletiva de seu estado.	Responsável pela gestão e tomada de decisões relativas ao Curso, no âmbito de seu estado.
	Planeja as atividades e conduz as mediações políticas, técnicas e institucionais necessárias para a implementação do Curso no estado.
	Seleciona e indica os docentes para a realização dos conteúdos da UA-1 no seu estado.
	Coordena e supervisiona as atividades dos docentes da UA-2 Ouvidoria e Auditoria no seu estado.
	Coordena suas atividades e esclarece dúvidas junto à Coordenação Nacional.
	Elabora relatório final com as atividades no estado, incluindo sua avaliação.

Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

### Quadro 3 – Atribuições e responsabilidades da Secretaria Executiva do Curso

Secretaria Executiva	
Quem é	O que faz
Profissional com experiência em administração de projetos e secretaria acadêmica, selecionado pela Escola/Centro Formador em Saúde Pública/ Coletiva de seu estado.	Realiza a programação e implementação do apoio logístico (sala, equipamentos audiovisuais, informática, etc.) necessário para a realização do curso no estado.
	Recolhe e organiza a documentação dos alunos.
	Elabora e realiza o controle de frequência e listas de presença.

	Organiza e processa a documentação dos docentes para o pagamento de hora-aulas.
	Responsável pela administração financeira das ações do curso realizadas no estado.

Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

#### Quadro 4 – Atribuições e responsabilidades do docente do Curso

Docente	
Quem é	O que faz
Profissional do campo da educação em saúde, com experiência nos temas das respectivas unidades de aprendizagem. Serão indicados pela Escola ou Centro Formador do respectivo estado ou pelo DOGES/SGEP/MS ou DENASUS/SGEP/MS.	Ministra aulas sobre os módulos de acordo com tema específico de cada Unidade de Aprendizagem.
	Responsável por motivar e promover a troca de experiências, fomentando a construção do conhecimento em áreas comuns e específicas.

Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

#### Quadro 5 – Atribuições e responsabilidades do estudante do Curso

Estudante	
Quem é	O que faz
Profissional de Ouvidoria ou Auditoria municipais e/ou estaduais, indicados pela respectiva Secretaria de Saúde.	Participa dos debates e discussões sobre os temas fundamentais do curso, articulando suas visões da prática e dirimindo dúvidas.
	Realiza a leitura atenta e crítica das Unidades de Aprendizagem e anota suas dúvidas e questionamentos.

Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

## Material Pedagógico

Constituído por duas Unidades de Aprendizagem, o material pedagógico do Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS está dividido em dois cadernos, de acordo com o público a ser formado, conforme apresentado a seguir:

**Figura 2** – Organização do material pedagógico do Curso, por cadernos



Fonte: Curso Nacional de Qualificação de Auditorias e Ouvidorias do SUS/VDEGS/ENSP/Fiocruz, 2014

Para elaboração desse material do Curso, foi aplicada a metodologia denominada ‘gestão por competências’, com o intuito de definir os conhecimentos a serem apropriados, as habilidades a serem adquiridas e as atitudes a serem adotadas diante das questões com as quais os trabalhadores dessas áreas enfrentam no seu cotidiano laboral. Por meio dessa metodologia, busca-se valorizar a experiência

dos participantes, bem como identificar as lacunas e dificuldades, agregando conhecimentos através de práticas participativas. Essas atividades geraram matrizes referenciais que configuram a proposta de cursos com carga horária de 80 (oitenta) horas, distribuídas em duas Unidades de Aprendizagem (UA) acima mencionadas.

A Unidade de Aprendizagem 1 (UA1) é comum tanto para os profissionais de auditoria quanto de ouvidoria, tendo como tema 'Estado, Sociedade, Saúde e Cidadania'. É composta por 5 (cinco) módulos. São eles: 1. Políticas de saúde no Brasil; 2. Marcos conceituais e legais do SUS; 3. Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS; 4. Modelos de atenção e de organização do SUS; 5. Auditoria e ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS.

A Unidade de Aprendizagem 2 (UA2) é específica, composta por temas relativos à Auditoria e à Ouvidoria do SUS. Na UA2 (Auditoria) tem-se 3 (três) módulos: 1. Controle interno e pressupostos legais da Auditoria do SUS; 2. Implicações do trabalho de Auditoria e suas práticas; 3. Operacionalização dos processos de trabalho de Auditoria.

Na UA2 (Ouvidoria) são 6 (seis) módulos: 1. As Ouvidorias públicas no Brasil e as Ouvidorias do SUS: análise histórica e conceitual com base na constituição cidadã; 2. O Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS: um desafio em construção; 3. Processos de implantação/implementação de Ouvidoria do SUS; 4. Processo de trabalho das Ouvidorias do SUS como instrumento de gestão; 5. Gestão e produção de informações nas Ouvidorias do SUS: desafios para a consolidação das ouvidorias como instrumento de melhoria do Sistema; 6. Inovações no campo das Ouvidorias do SUS.

A equipe responsável pelo desenho e execução do curso deseja que essa oportunidade abra novos caminhos para os participantes, no sentido de contribuir para a reflexão e melhoria da prática profissional e da organização dos serviços e, assim, cumprir a meta maior do SUS que é garantir o direito à saúde a toda população brasileira.



# UA1

## Estado, Sociedade, Saúde e Cidadania

A Unidade de Aprendizagem 1 (UA1) do curso tem como propósito contribuir para a reflexão e sistematização de cinco temáticas: (1) Políticas de saúde no Brasil; (2) Marcos conceituais e legais do SUS; (3) Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS; (4) Modelos de atenção e de organização do SUS; e (5) Auditoria e ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS. Esses tópicos serão desenvolvidos com base em conhecimentos, habilidades e atitudes considerados necessários para a qualificação de auditores e ouvidores que atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Autores:** Maria Lúcia de Macedo Cardoso, Marly Marques da Cruz, Rosa Souza



UA1 - Mapa Referencial				
Temática	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes	Carga Horária
Políticas de saúde no Brasil	<p>Conhecer as noções de Estado, sociedade, democracia e cidadania.</p> <p>Conhecer a relação entre o Estado e a sociedade no processo de estruturação das políticas de saúde no Brasil, trabalhando os aspectos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ As principais características das políticas de saúde no país;</li> <li>§ Controles públicos: social e institucional (interno e externo) e transparência;</li> <li>§ Os mecanismos de participação social nas políticas de saúde brasileiras.</li> </ul>	<p>Compreender a relação entre Estado e sociedade no contexto da política de saúde brasileira.</p> <p>Compreender a dinâmica dos processos sociais que envolvem as Políticas de Saúde no Brasil.</p>	<p>Compartilhar conhecimentos e práticas que fortaleçam o SUS.</p> <p>Manter-se informado sobre o funcionamento do SUS.</p> <p>Atuar de forma articulada com os diversos atores sociais envolvidos no processo de construção dos mecanismos de controle social.</p>	8h
Marcos conceituais e legais do SUS	<p>Conhecer a base conceitual do SUS: direito à saúde, princípios e diretrizes.</p> <p>Conhecer a base legal do SUS: CF/1988, Leis Orgânicas, Decreto nº 7.508/2011 (conceitos de regionalização, COAP, Rename, etc.), Lei Complementar nº 141/2012; Lei de acesso à informação – LAI nº 12.527/2012.</p>	<p>Analisar de forma crítica o direito à saúde no Brasil.</p> <p>Correlacionar os marcos legais do sistema com as realidades cotidianas da Ouvidoria e Auditoria.</p>	<p>Compartilhar conhecimentos e práticas que fortaleçam o SUS.</p> <p>Ser agente de orientação qualificada sobre o funcionamento do SUS.</p>	8h

<p>Modelo institucional e instâncias de decisão do SUS</p>	<p>Conhecer o arranjo institucional do SUS e as respectivas instâncias decisórias.</p> <p>Conhecer a estratégia e a prática de gestão participativa no SUS.</p>	<p>Compreender a estrutura institucional e decisória do SUS.</p> <p>Perceber a importância e a prática da gestão participativa no SUS.</p>	<p>Compartilhar conhecimentos e práticas que fortaleçam o SUS.</p> <p>Atuar em consonância com a estratégia de gestão participativa no SUS.</p>	<p>8h</p>
<p>Modelos de atenção e de organização do SUS</p>	<p>Conhecer os modelos explicativos saúde-doença e os modelos de atenção à saúde.</p> <p>Conhecer as diretrizes organizacionais do SUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>§ Regionalização e hierarquização;</li> <li>§ Descentralização e as relações interfederativas;</li> <li>§ Redes assistenciais.</li> </ul>	<p>Perceber a interface dos modelos de atenção à saúde e os processos de organização do SUS.</p>	<p>Compartilhar conhecimentos e práticas que fortaleçam o SUS.</p> <p>Atuar de forma articulada com os diversos atores envolvidos nas redes de atenção à saúde.</p>	<p>8h</p>
<p>Auditoria e Ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS</p>	<p>Conhecer o processo de gestão do SUS.</p> <p>Conhecer os instrumentos e mecanismos de gestão do SUS: planejamento, programação, monitoramento, controle e avaliação.</p> <p>Contextualizar a Ouvidoria e a Auditoria como instrumento de gestão do SUS: papel, competências e atribuições.</p>	<p>Compreender a importância da atuação da Auditoria e Ouvidoria como instrumento de gestão para melhoria do SUS.</p>	<p>Compartilhar conhecimentos e práticas que fortaleçam o SUS.</p> <p>Agir de forma pró-ativa diante das demandas sociais que permeiam as Auditorias e as Ouvidorias.</p> <p>Buscar a interação entre Ouvidoria e Auditoria.</p>	

## Módulo 1. Políticas de saúde no Brasil

Com o intuito de proporcionar leitura e aprendizado dialogado e motivador, procuramos trabalhar neste módulo com atividades que, na realidade, são um convite para você começar a refletir sobre essas temáticas. A intenção é que você possa problematizar sobre os pontos sugeridos, fazer uma aproximação com os conceitos e com a sua realidade e, posteriormente, retornar a eles na leitura ou em alguma outra atividade de síntese.

---

### Atividade 1 # Para Refletir

Para início de conversa, sugerimos uma reflexão sobre algumas questões norteadoras:

1. O que é saúde, na sua visão?
2. Qual é a importância do SUS para a sociedade brasileira?
3. Que direitos e garantias o Estado deve prover a seus cidadãos, no que se refere à saúde?
4. De que forma os ouvidores e/ou auditores podem contribuir para a garantia do direito à saúde?

*Procure sistematizar suas respostas.*

---

As perguntas acima têm permeado e aquecido o debate sobre as políticas sociais no Brasil e no mundo e, mais especificamente, as políticas de saúde. Essas não são perguntas fáceis de serem respondidas, sobretudo porque avançamos mais na teoria e nos dispositivos legais do que propriamente na prática e na incorporação de direitos. Esse, com certeza, é um dos nossos grandes dilemas da atualidade. Vamos entender um pouco por quê?

A história das políticas de saúde no Brasil está inserida em um contexto anterior à própria constituição do Brasil como Estado-Nação. As primeiras ações de saúde pública implementadas pelos governantes, segundo Baptista (2007), foram executadas no período colonial com a vinda da família real para o Brasil em 1808, e o interesse na manutenção de uma mão-de-obra saudável.

No novo ciclo da política de Estado se dá o fortalecimento e a consolidação econômica da burguesia cafeeira e um novo ordenamento espacial, com a formação de alguns núcleos urbanos, o que culminou com a proclamação da República em 1889. Nesse contexto, a política de saúde ganha mais espaço, assumindo papel central na construção da autoridade estatal sobre o território.

Muitos foram os fatores sociais, econômicos e políticos no contexto brasileiro que possibilitaram a culminância da garantia da saúde como um direito social. Essa conquista se deu no bojo da configuração de uma política de proteção social em saúde abrangente (para todos e de forma igualitária), dentro de uma compreensão de Estado de bem-estar social, o que se torna fato com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/1988) e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (Matta, 2007).

Para entendermos um pouco mais sobre a história das políticas públicas de saúde no Brasil, sugerimos que você realize uma atividade para recuperar o que lembra dessa história, da qual você também faz parte.

### Atividade 2 # Exibição de vídeo

A ideia é que você assista ao vídeo '*História das Políticas de Saúde no Brasil*', (<http://youtu.be/6t1fTK3dDrU>) produzido pelo Núcleo de Vídeo do Departamento de Comunicação e Saúde da Fiocruz (1992) e, a partir deste, possa refletir e sistematizar as seguintes questões:

- Quais os períodos e as principais instituições que marcaram a história da constituição do sistema de saúde brasileiro?
- Como estava estruturada a rede de assistência à saúde antes do SUS e quem tinha acesso a essa rede?
- Quem financiava a saúde?
- Do ponto de vista do acesso, o que mudou com a consolidação do SUS?
- De acordo com os períodos indicados no vídeo, como podemos relacionar as conjunturas político-econômicas?

Para sistematizar e registrar suas reflexões, você pode construir um quadro como o sugerido a seguir.

Períodos	Principais instituições	Quem tinha acesso	Quem financiava	Contexto político e econômico

É importante entender que a história contada nesse vídeo é uma das versões que nos ajuda a compreender as relações políticas e institucionais, bem como as tramas da conformação da política de saúde no Brasil até a consolidação do SUS. Sem dúvida, a forma como a história foi contada nos ajuda a organizar o pensamento e a perceber melhor o quão imbricada é a história das políticas de saúde com a própria história do Brasil.

Mas, para aprofundar o tema, considerando os períodos históricos mais marcantes e as instituições e atores envolvidos, indicamos a **atividade 3** a seguir.

### Atividade 3 # Leitura

Leia o texto '*História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde*', de Tatiana Vargas de Faria Baptista (2007), no livro '*Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*', organizado por Gustavo Correa Matta e Ana Lúcia de Moura Pontes.

Disponível em: [http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps\\_3.pdf](http://www.retsus.fiocruz.br/upload/publicacoes/pdtsps_3.pdf) (págs. 29 a 60)

Com base nessa leitura, procure responder às seguintes perguntas:

- O que justificou a necessidade de reformulação do sistema de saúde e a criação de um sistema único de saúde?

2. Quais foram os principais avanços e os principais dilemas da consolidação do SUS?
3. Qual é o papel do auditor/ouvidor para a agilidade das demandas da saúde em direção à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS?

*Sistematize e socialize suas respostas.*

---

Você pode observar, tanto no vídeo como na leitura do texto, que antes da consolidação do SUS foram muitos os fatos que deram origem à reformulação do sistema de saúde brasileiro. De forma mais explícita, do final dos anos 1970 até meados dos anos 1980, destacamos:

- § desigualdade no acesso aos serviços de saúde;
- § multiplicidade e descoordenação entre as instituições atuantes no setor;
- § desorganização dos recursos empregados nas ações de saúde, curativas e preventivas;
- § baixa resolutividade e produtividade dos recursos existentes e falta de integralidade da atenção;
- § escassez de recursos financeiros;
- § gestão centralizada e pouco participativa.

Diante desse quadro, marcado pela abertura política após o regime ditatorial, os atores políticos envolvidos na reforma sanitária tiveram acesso ao aparelho do Estado (Ministério da Saúde e da Previdência Social). Esse cenário propiciou toda a reestruturação político-institucional que culminou com a instituição do SUS.

No próximo módulo, abordaremos as mudanças conceituais e legais vinculadas ao surgimento do SUS.

Vamos adiante!

## Módulo 2. Marcos Conceituais e Legais do SUS

Este Módulo tem como objetivo desenvolver as bases conceituais do SUS ao abordar os fundamentos teóricos e os marcos legais de proteção social que propiciaram a constituição da saúde como um direito. Procuramos dividi-lo em duas partes: a primeira, referente a um panorama sobre o histórico do sistema de saúde brasileiro, e seus princípios e diretrizes; e a segunda parte corresponde às bases legais do SUS.

O marco da reforma do sistema de saúde brasileiro foi a **8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS)**, cujo lema era *'Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado'*<sup>1</sup>.

A 8ª CNS ocorreu em março de 1986, promovida pelo Ministério da Saúde (MS), e contou com a participação de diferentes setores organizados da sociedade (Andrade, 2001). A grande novidade dessa conferência, segundo resalta Baptista (2007), foi a participação, pela primeira vez, das entidades da sociedade civil organizada de todo país com delegados eleitos, incluindo as representações sindicais, das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Os principais temas debatidos na 8ª Conferência foram:

- a) Saúde como direito de cidadania;
- b) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde;
- c) Financiamento do setor.

---

### Atividade 4 # Reflexão

Assista ao discurso de Sergio Arouca na 8ª Conferência Nacional de Saúde para entender melhor a luta pela Reforma Sanitária como expressão do fortalecimento da cidadania.

Para assistir: [http://youtu.be/-\\_HmqWCTEeQ](http://youtu.be/-_HmqWCTEeQ)

---

O relatório da 8ª CNS (Brasil, 1986) orientou os constituintes para a elaboração da Constituição Federal de 1988. Os eixos do relatório foram os seguintes:

- a) Instituição da saúde como direito de cidadania e dever do Estado;
- b) Compreensão da determinação social do processo saúde-doença;
- c) Reorganização do sistema de atenção, com a criação do SUS.

Naquele momento havia clareza entre os constituintes e os militantes do movimento sanitário de que, para o setor saúde, não era suficiente apenas uma reforma administrativa e financeira. Era necessária uma mudança em todo o arcabouço jurídico-institucional vigente. É sempre bom lembrar que nos referimos a um período de redemocratização, cujo cenário se mostrava favorável para a implementação dessas mudanças ansiadas pela sociedade.

---

<sup>1</sup> As conferências de saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, e tinham como principal objetivo propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-os de informações para a formulação de políticas, para a concessão de auxílios e subvenção financeiras. (Noronha, Lima e Machado, 2008).

---

**Atividade 5 # Para pesquisar em dupla**

Pesquise e leia o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990. Após a leitura, selecione um dos princípios ou diretrizes do SUS e analise suas repercussões na atualidade. Fique à vontade para usar a internet nessa sua pesquisa, caso considere necessário.

Constituição Federal/1988:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)

Lei nº 8.080/1990:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

Lei nº 8.142/1990:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

*Sistematize e socialize com a turma.*

---

O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Representou um importante ponto de inflexão no contexto institucional do País, incorporando novas mudanças na organização do sistema, e orientou um novo arcabouço jurídico-institucional no campo das políticas públicas em saúde (Nogueira, 2004; Matta, 2007). Norteados por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional, o SUS parte de uma concepção ampla do Direito à Saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura institucional e decisória, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento da gestão do sistema de saúde (Baptista, 2005).

Os principais marcos legais e normativos para a conformação do SUS, ressaltando a abrangência e a profundidade das mudanças propostas, foram a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde, de 1990, que você teve oportunidade de rever na atividade 5. No texto da CF/1988 está explicitado:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco da doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art.196).

A grande preocupação dos atores que participaram da reforma sanitária e constituíram esse arcabouço legal foi o de afirmar o bem-estar, a igualdade e a justiça social como valores a serem realizados como direito social. Afinal, deveria competir ao poder público organizar o novo sistema de saúde com base em uma lógica universalista e equitativa, financiada por fontes diversificadas de receitas de impostos e contribuições sociais dos orçamentos da União, de estados e de municípios.

Como você pesquisou, os princípios e diretrizes do SUS foram estabelecidos na CF/1988 e regulamentados pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990. Vamos agora retomá-los, só para dar alguns destaques:

## Universalização do direito à saúde

É a garantia de que todos os cidadãos, sem privilégios ou barreiras, devem ter acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os níveis do sistema. Esse direito é assegurado por uma rede de serviços hierarquizada e com tecnologia apropriada para cada nível. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades.

## Descentralização com direção única para o sistema

É a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (União, estados, municípios e Distrito Federal), partindo do pressuposto de que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá de acertar na resolução dos mesmos. A descentralização tem como diretrizes:

- § a regionalização e a hierarquização dos serviços – rumo à municipalização;
- § a organização de um sistema de referência e contra referência;
- § a maior resolubilidade, atendendo melhor os problemas de sua área;
- § a maior transparência na gestão do sistema;
- § a entrada da participação popular e do controle social.

## Integralidade da atenção à saúde

É o reconhecimento, na prática, de que:

- § o usuário do sistema é um ser integral, participativo no processo saúde-doença e capaz de promover saúde;
- § as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um sistema único e integral e, por isso, deve atender em todos os níveis de complexidade, referenciando o paciente aos serviços na medida em que for necessário o atendimento;
- § cada comunidade deve ser reconhecida dentro da realidade de saúde que apresenta;
- § promover saúde significa dar ênfase à atenção básica, mas não prescinde de atenção aos demais níveis de assistência.

## Participação popular visando ao controle social

É a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, pode participar do processo de formulação das políticas e controle de sua execução. Assim:

- § garante o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da execução à realidade referida;
- § permite uma compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença;
- § fortalece a democratização do poder local, com o aumento da influência da população na definição de políticas sociais.

## Igualdade sem preconceitos ou privilégios

- § Aproxima-se do conceito de equidade, que significa que todos têm direito à saúde, re-

conhecendo as diferenças dos grupos sociais e a diversidade do país. Relaciona-se com o conceito de justiça social;

- § Tem o objetivo de reduzir as desigualdades sociais, observando que as condições de vulnerabilidade de cada grupo social e das regiões do país refletem na saúde da população de forma diferenciada;
- § Induz a políticas e programas específicos de saúde para grupos como: mulheres; crianças; homens; LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros); pessoas com deficiência; população negra; quilombolas; povos indígenas; ciganos; população em situação de rua; população do campo, floresta e águas; entre outros, além de programas que têm foco nas questões de saúde diferentes nas regiões do país.

Os princípios e diretrizes do SUS constituem as bases para o funcionamento e organização do sistema no país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro, e o formato democrático, humanista e federalista, conforme afirma Matta (2007:61). Esses princípios se referiam a valores que deveriam orientar a construção do novo sistema.

Convidamos para uma atividade diretamente relacionada à sua prática.

---

#### **Atividade 6 # Trabalho em grupo**

Nesse momento, reúna-se em grupo e registre um ou mais casos vivenciados na prática relacionados com um princípio/diretriz acima apresentado. Procure responder como o ouvidor e o auditor poderiam contribuir para o caso e destaque as interfaces e especificidades da atuação da Ouvidoria e Auditoria.

*Registre o caso e a resposta do grupo, e compartilhe em plenária.*

---

Vemos, assim, que a implantação do SUS teve início nos primeiros anos da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Houve ainda diversas normatizações, decretos e portarias que alteraram ou revisaram aspectos organizativos e operacionais do sistema. Mas essas leis foram, de fato e de direito, as que orientaram a operacionalização do sistema de saúde, visto que a primeira definiu a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, enquanto a segunda definiu as regras gerais para a participação social e financiamento, conforme apresentaremos a seguir.

Os **objetivos do SUS**, determinados pela Lei nº 8.080/1990, são:

- § a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- § a formulação de políticas de saúde;
- § a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

O art. 6º da Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990) apresenta como **atribuições do SUS**:

- I - a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;

- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador;
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

A Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre:

- § o estabelecimento das regras para a realização das conferências de saúde, bem como sua função. As conferências têm por objetivo definir as diretrizes gerais para a política de saúde;
- § a regulamentação dos conselhos de saúde nacional, estaduais e municipais, definindo o caráter permanente e deliberativo desses fóruns, a representação paritária e o papel de formuladores e controladores da execução da política de saúde;
- § os critérios de repasse dos recursos financeiros da União para os estados e municípios, condicionados à existência de fundos, conselhos e planos de saúde, relatórios de gestão e contrapartidas de recursos nos respectivos orçamentos.

No Quadro 1, destacam-se as competências das três instâncias do SUS definidas na Lei nº 8.080/1990 (Seção II).

**Quadro 1** – Competências das três instâncias do SUS, definidas na Lei nº 8.080/1990 (Seção II)

Municipal	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ prover os serviços;</li> <li>§ executar serviços de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, de alimentação e nutrição, de saneamento básico e saúde ocupacional;</li> <li>§ controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde.</li> </ul>
Estadual	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ ser responsável pelas ações de saúde do estado;</li> <li>§ planejar e controlar o SUS na sua esfera de atuação.</li> </ul>
Federal	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ normatizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificando riscos e necessidades nas diferentes regiões.</li> </ul>

Fonte: Brasil, 1990

Uma pergunta de grande interesse é: como fica a participação da iniciativa privada no SUS?

O exercício e a participação da iniciativa privada na saúde são previstos por lei, de forma complementar, regulamentados por disposições e princípios gerais da atenção à saúde (Brasil, 1990). O SUS, portanto, não é composto somente por serviços públicos; é integrado também por uma ampla rede de serviços privados, principalmente hospitais e unidades de diagnose e terapia, que são remunerados por meio dos recursos públicos destinados à saúde. As ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle, nos termos da lei, a serem executados diretamente ou por terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado (Baptista, 2007).

No que se refere à capacidade de efetivação da Política Nacional de Saúde, deve-se sempre considerar que estados e municípios apresentavam diferentes condições para implementação das novas funções gestoras previstas no novo arcabouço legal (Noronha, Lima e Machado, 2008). O processo de descentralização do sistema de saúde levou os municípios, com base na redefinição de funções e atribuições das diferentes instâncias gestoras do SUS, a assumir papel de atores estratégicos, em virtude da sua competência constitucional para prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e dos estados, serviços e atendimento à saúde da população.

## Descentralização do Sistema de Saúde

Uma das principais estratégias para garantir a descentralização no sistema de saúde foi a constituição de um arcabouço normativo que, nos anos 1990, é representado por quatro Normas Operacionais Básicas (NOB): 1991, 1992 (similar à anterior), 1993 e 1996. Na década de 2000, foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), nas versões 2001 e 2002, e, em 2006, as portarias relativas ao Pacto pela Saúde.

No Quadro 2, estão apresentados os elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS com base nas principais portarias, período, racionalidade sistêmica, formas de financiamento, serviços descentralizados, modelos de atenção e acordos federativos. Segundo Noronha, Lima e Machado (2008:458), a racionalidade sistêmica corresponde às *“contradições geradas pela tentativa de tornar compatível o processo de descentralização com a integração de ações e serviços de diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos”*.

**Quadro 2** – Elementos constitutivos da regulação do processo de descentralização no SUS

Período	Principais portarias	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal das ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	§ Ausente.	§ Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada.	§ Ausente.	§ Negociações em âmbito nacional por meio dos Conselhos Nacionais de Representação dos Secretários Estaduais (Conass) e Municipais (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
1994 a 1998	NOB 93	§ Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas.	§ Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada; § Forma residual: transferências em bloco ( <i>block grants</i> ) segundo montante definido no teto financeiro.	§ Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada vigente (semiplena).	§ Negociações em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos de Representação dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB); § Iniciativas isoladas de consórcios; § Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.
1998 a 2002	NOB 96	§ Moderada: vinculada às iniciativas e negociações	§ Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada; § Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas ( <i>project grants</i> ) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	§ Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs); Programa Saúde da Família (PSF); § Programas e projetos prioritários para controle de doenças e agravos (carências nutricionais, catarata, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena).	§ Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais); § Iniciativas isoladas de consórcios; § Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e da PPI.

2002 a 2005	NOAS 2001/ 2002	§ Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações	§ Forma residual: repasse direto ao prestador, segundo produção aprovada;  § Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas ( <i>project grants</i> ) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores e:  § Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica;  § Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade;  § Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade;  § Criação de protocolos para assistência médica.	§ Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais);  § Iniciativas isoladas de consórcios;  § Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas;  § Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).
2002 a 2005	NOAS 2001/ 2002	§ Forte: vinculada às definições do conjunto de ações e serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações	§ Forma residual: repasse direto ao prestador, segundo produção aprovada;  § Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas ( <i>Project grants</i> ) por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas, incluindo a definição de referências intermunicipais.	Manutenção dos dispositivos anteriores e:  § Definição das responsabilidades mínimas e conteúdos para a atenção básica;  § Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade;  § Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade;  § Criação de protocolos para assistência médica.	§ Negociações em âmbito nacional e estadual e experiências de negociação regional isoladas (ex.: CIB regionais);  § Iniciativas isoladas de consórcios;  § Formalização dos acordos intergovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas;  § Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto da Atenção Básica).

Fonte: Noronha, Lima e Machado (2008)

As Normas Operacionais são fruto de um processo político de pactuação intergestores que, após a Lei Orgânica da Saúde, vem criando condições privilegiadas de negociação política no processo de descentralização e de construção do SUS.

Dentro desse escopo, a criação da SGEF em 2003 e sua reestruturação em 2006 desencadearam um conjunto de iniciativas envolvendo as estruturas de apoio à gestão estratégica e participativa do SUS, com destaque ao Pacto pela Saúde e à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS).

Para facilitar a sua consulta, serão disponibilizados na **Biblioteca Virtual** do curso os documentos que atualizam os mecanismos de funcionamento e organização do SUS, tais como:

a) **Portaria nº 399/2006**, que estabelece o **Pacto pela Saúde** e define as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde.

b) **Portaria nº 3.027/2007**, que define a **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS)**, que compreende os seguintes componentes: 1. A Gestão Participativa e o Controle Social no SUS; 2. Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; 3. Ouvidoria do SUS e 4. Auditoria do SUS.

c) **Decreto Federal nº 7.508/2011**, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

d) **Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)** – Decreto nº 7.508/2011 e Resoluções nº 1 e 2 da CIT, de 18/01/2012;

e) **Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP)** que tem suas bases no Decreto Federal nº 7.508/2011, na Deliberação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 02/2011, e nas decisões das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Regional (CIR), as quais definem a organização das ações e serviços na Região de Saúde, estando, ainda, em consonância com os princípios e diretrizes constitucionais do SUS e o conjunto de normas legais e infralegais organizadoras do SUS.

f) **Lei nº 12.527/2012**, que regula o acesso à informação previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal/1988.

g) **Lei complementar nº 141/2012**, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal/1988 (Emenda Constitucional nº 29/2000) para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo.

**Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP**

O COAP é um instrumento da gestão compartilhada. Trata-se de um acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. Tudo isso pactuado com clareza e dentro das práticas federativas que devem ser adotadas em um Estado Federativo.

## Módulo 3. Modelo institucional e instâncias de decisão no SUS

Neste módulo do curso abordaremos o modelo institucional do SUS e suas instâncias de decisão. O modelo institucional proposto para o SUS visa concretizar um arranjo federativo na área da saúde e fortalecer o controle social sobre as políticas nas três esferas de governo, de forma coerente com os princípios e diretrizes do sistema.

De acordo com o apresentado por Machado, Lima e Baptista (2011), esse modelo pressupõe uma articulação estreita entre a atuação de: (a) gestores do sistema em cada esfera de governo; (b) instâncias de negociação e decisão envolvendo a participação dos gestores das diferentes esferas, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito nacional, e as Comissões Intergestores Bipartites (CIB), uma por estado; (c) conselhos de representação dos secretários de saúde no âmbito nacional (Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems) e no âmbito estadual (Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados – Cosems); (d) conselhos de saúde de caráter participativo no âmbito nacional, estadual e municipal. A Figura 1 representa uma síntese da estrutura institucional e decisória do SUS.

**Figura 1** – Estrutura institucional e decisória do SUS



Fonte: Adaptado de Secretaria de Atenção à Saúde (BRASIL, 2002).

Você deve estar se perguntando: e a instância colegiada regional?

Cabe lembrar que, além dessas comissões, existe a Comissão Intergestora Regional (CIR) que é um órgão colegiado, não paritário, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação e cogestão solidária entre os gestores municipais.

De acordo com o que consta no capítulo V do Decreto nº 7.508/2011, relativo à articulação interfederativa, as *Comissões Intergestores* deverão pactuar a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo: a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais; a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

a CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

De um modo geral, todas essas instâncias são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes (Brasil, 2009). Sem dúvida, essas instâncias representam arenas políticas marcadas por distintos interesses e conflitos, explícitos ou não.

---

### **Atividade 7 # Trabalho em grupo**

a) O que você considera como os principais avanços da atual estrutura institucional e decisória do SUS?

e) De que forma Ouvidores e Auditores podem contribuir para o fortalecimento dessa estrutura?

*Sistematize sua resposta.*

---

A publicação da Lei nº 12.466/2011, que dispõe sobre as comissões intergestores no âmbito do SUS, é um marco no reconhecimento e institucionalização de um sistema de saúde que se baseia na articulação federativa. As mudanças com esta institucionalidade trazida pela lei podem ser sintetizadas nos seguintes pontos:

a) As CIT, CIB e CIR passam a ser reconhecidas como instâncias de decisão do SUS e não do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Estado da Saúde;

b) As decisões dos entes federativos – que somente podem ser por consenso – passam a ser publicadas pela própria instância, as comissões intergestores;

c) As decisões publicadas no Diário Oficial passam a ter validade jurídica ante o reconhecimento legal, desde que não ultrapassem o seu campo de competência;

d) O CONASS e o CONASEMS passam a ser oficializados no sentido de seu reconhecimento legal como associações representantes dos estados e municípios no setor saúde, tanto que passam a poder receber recursos orçamentários da União para o custeio de suas atividades estatutárias;

e) OSUS se fortalece por poder contar com essas instâncias legais de pactuação, reafirmando o seu papel de um sistema que é único ao mesmo tempo em que é interdependente.

Fica claro que o arranjo institucional do SUS, portanto, prevê uma série de instâncias de negociação e estabelecimento de pactos, que envolvem diferentes níveis gestores do sistema e diversos segmentos da sociedade. Tal arranjo, segundo abordam Machado, Lima e Baptista (2011), permite que vários atores, mesmo os não diretamente responsáveis pelo desempenho de funções típicas da gestão dos sistemas, participem do processo decisório sobre a política de saúde.

A participação social constitui uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão pública, como participantes ativos em debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela administração pública brasileira, o que lhes confere legitimidade e transparência. No entanto, podemos dizer que ainda precisamos avançar muito na prática efetiva de participação social em defesa da diversidade de interesses coletivos.

Para operacionalizar a participação social na saúde, a Lei nº 8.142/1990 estabeleceu a criação dos Conselhos de Saúde de forma paritária, o que significou garantir a representatividade de todos os setores envolvidos, sendo 50% representantes de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços. Os conselhos possuem caráter deliberativo sobre a política de saúde. Desta forma, as decisões não são tomadas somente por gestores e técnicos da saúde, mas também por outros grupos, como: os prestadores de serviços (por exemplo, representantes de hospitais privados conveniados ao SUS), trabalhadores de saúde (representantes de associações de médicos, enfermeiros, entre outros) e usuários (pessoas escolhidas na comunidade, a partir de associações de bairros, de organizações de portadores de doenças específicas, entre outros grupos sociais).

Os Conselhos de Saúde são espaços permanentes que têm a atribuição de propor, aprovar ou reprovar as diretrizes para a gestão da saúde, além de fiscalizar se o gestor e os prestadores de serviços estão fazendo sua parte para garantir a atenção à saúde e contribuir com a promoção da intersetorialidade entre as diversas políticas sociais como educação, segurança pública e limpeza urbana, entre outras (Brasil, 2009).

Aprofunde seu conhecimento sobre as organizações e funcionamento dos Conselhos de Saúde lendo a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

---

#### **Atividade 8** # Para praticar em dupla

Qual deve ser o papel das Auditorias e Ouvidorias e qual deve ser a relação de ambos com os conselhos de saúde?

Liste 5 atitudes dos auditores/ouvidores para o fortalecimento dos Conselhos de Saúde.

*Sistematize sua resposta.*

---

Além dos conselhos, a Lei nº 8.142/1990 também determina a realização periódica de conferências de saúde participativas, em cada esfera de governo, com o propósito de traçar diretrizes estratégicas para a política de saúde nos anos subsequentes. As conferências nacionais de saúde são realizadas a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais de forma paritária, e são precedidas por conferências no âmbito municipal e estadual. A organização e funcionamento dos conselhos e conferências são definidas por regimento próprio, aprovadas pelos respectivos conselhos

---

#### **Atividade 9** # Momento de reflexão – Trabalho em dupla

Consulte, na página do Conselho Nacional de Saúde, a **História das Conferências de Saúde no Brasil** (<http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>). Procure identificar de que maneira o trabalho realizado nas conferências pode contribuir com a atuação dos ouvidores e auditores.

*Sistematize sua resposta e discuta em plenária.*

---

A participação social deve conferir à gestão do SUS transparência, comprometimento com as demandas sociais e ampliação das perspectivas das ações e serviços de saúde na busca pelo

enfrentamento de iniquidades, reconhecendo a saúde como fruto do conjunto de determinantes sociais, nos quais a vida da comunidade transcorre (Brasil, 2009). Sem dúvida, tanto a prática da auditoria como a da ouvidoria tem muito a contribuir para a construção de um SUS, enquanto política pública, mais comprometido, resolutivo, de qualidade e justo.

### **O que é a Gestão Participativa do SUS?**

“Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

A gestão estratégica pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, com a dinâmica da vida.

Esta prática amplia a vocalização das necessidades e dos desejos da população e a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos.

As práticas participativas implicam, sempre, na construção de consensos, a partir da identificação e do reconhecimento dos dissensos, indicando alternativas a partir de diferentes opiniões, ensejando resultados mais expressivos e duradouros.

---

### **Atividade 10 # Trabalho em grupo**

Discutir a prática de Gestão Participativa no SUS nas três instâncias, identificar sua organização, seus fluxos, espaço de diálogos intergestores e participação popular.

---

## Módulo 4. Modelos de atenção e de organização do SUS

Nesse módulo, abordaremos os aspectos teóricos e conceituais de dois itens fundamentais, que estão intimamente interligados para a compreensão do campo da saúde: o primeiro se refere às concepções de saúde-doença e do cuidado em saúde; o segundo diz respeito aos modelos de atenção e de organização do sistema de saúde brasileiro. Apresentaremos as diferentes concepções sobre saúde-doença e cuidado, de forma a relacionar as necessidades em saúde com base nas características de uma população em um dado território; e caracterizar a relação entre o processo saúde-doença e as dinâmicas existentes de cuidado relativo aos modelos e organização das ações e serviços de saúde.

Essas questões podem até parecer muito óbvias, mas não são tanto assim. Muitas vezes não é tão simples responder:

- a) O que significa ter saúde?
- b) O que significa estar doente?
- c) O que você faz quando adoece?
- d) O que significa ser cuidado?

Responder a tais perguntas nos remete a um caráter estritamente subjetivo ou a um caráter mais coletivo. Dependendo do enfoque dado, mesmo que a resposta se diferencie pela mudança de conotação, vemos que cada um de nós terá concepções diferentes, ainda que a visão de algumas pessoas possa se mostrar mais próxima e de outras mais divergente.

Para entender um pouco melhor sobre saberes e práticas que influenciam a forma de pensar a promoção da saúde e o cuidado, precisamos compreender como os diferentes modelos explicativos do processo saúde-doença se constituíram. Além disso, vamos nos reportar aos modelos para apontar diferentes concepções que se complementam, buscando indicar, sempre que possível, os avanços e as limitações explicativas referentes a cada um deles.

É importante identificar que, desde a Antiguidade, a humanidade vem tentando explicar porque adoecemos, como buscamos o cuidado para manter ou conquistar a saúde. Todo esse esforço acompanha a forma como o homem vem procurando respostas sobre sua existência ou de sua própria relação com o mundo em que habita. O que se percebe é que, apesar de existirem saberes e práticas tão diversos e antigos acerca do assunto, na atualidade lidamos com a hegemonia do modelo biomédico. Vamos à leitura!

---

### Atividade 11 # Leitura e sistematização

Leia o texto 'Buss, PM. e Pellegrini Filho, A. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007' (<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>) e procure destacar:

- a) O conceito de Determinantes Sociais de Saúde apresentado pelos autores;
- b) Os diferentes paradigmas explicativos do processo saúde-doença relacionados;
- c) Os novos enfoques da relação entre os diferentes níveis de Determinantes Sociais de Saúde e a situação de saúde.

*Sistematize a sua resposta e compartilhe com os demais.*

---

A proposta da leitura e de sistematização ajuda na construção de um panorama histórico que possibilita entender melhor as proximidades e disparidades das concepções de saúde e doença existentes. Decerto que essas concepções vão ser fundamentais no entendimento sobre a maneira que, nos dias de hoje, se estruturam e organizam a atenção e o cuidado em saúde.

Claro que não podemos perder de vista que as concepções de saúde e doença apresentadas no texto são construções sociais, que variam conforme o tempo, o lugar e a cultura. Sendo assim, é fundamental a compreensão de que tais concepções, mais recentemente, estão estreitamente relacionadas às dinâmicas existentes de cuidado relativo à organização das ações e serviços de saúde e atuação das redes de apoio social.

---

### **Atividade 12** # Para explorar

Em dupla, procure pesquisar na internet:

- a) Quais são as prioridades da agenda política da saúde?
- b) Quais as redes, programas e serviços de saúde que estão organizados no Brasil para responder as prioridades da agenda?
- c) Liste as principais mudanças do processo organizativo do SUS nos últimos três anos.

Procure identificar as diferenças nessa oferta considerando a diversidade do País.

*Procure preparar uma apresentação em power point e compartilhe com os demais da turma.*

---

Ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, assim como de outros países que orientaram a política brasileira, vimos que, para lidar com os diversos problemas de saúde existentes e de acordo com os recursos disponíveis, foram organizadas diferentes ações e serviços para melhorar as condições de saúde da população. Essas intervenções eram, ora de cunho mais coletivo, ora de cunho mais individual e de menor ou maior complexidade.

As **ações de saúde** compreendem um conjunto de atividades de prevenção, promoção e recuperação, com vista a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

Os **serviços de saúde** correspondem a um grau de maior complexidade de organização das ações, em que diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, frequentemente em unidades de saúde, voltadas para a resolução de algum problema de saúde.

Segundo a ANVISA, serviços de saúde são estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada.

Para estabelecermos um corte no tempo, já que a história sobre o acesso a ações e serviços de saúde é longa, vamos nos reportar aos marcos legais do SUS, com os seguintes destaques. Na Constituição Federal/1988 - *Seção II - DA SAÚDE*, está definido que:

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

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

**Art. 200.** Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da Lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

---

**Atividade 13** # Para Leitura e sistematização

Em grupo, elabore um caso apontando prejuízos sociais decorrentes da inadequação do modelo de saúde existente no País. Explique de que maneira a Auditoria e/ou Ouvidoria poderiam se manifestar de forma a evitar esse tipo de problema.

*Sistematize o caso, a resposta e compartilhe a resposta em plenária.*

---

Para garantir o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação, o Estado necessitou definir mecanismos que estruturam a organização das ações e dos serviços. Por estar fundamentado em princípios como o da atenção integral, as instâncias de decisão do SUS, abordadas anteriormente, buscaram manter como base de organização a orientação das agendas de prioridade, os processos de planejamento, as práticas de saúde e a qualificação do trabalhador, elementos tais como os condicionantes históricos, culturais, econômicos e sociais que conformam as necessidades de saúde (Gondim *et al*, 2011).

A saúde brasileira convive com diversos marcos organizativos, dentre eles a estruturação em diferentes níveis de atenção: primária ou básica, de média complexidade e de alta complexidade. Esses níveis compõem uma das facetas da atenção integral a ser organizada nas diferentes esferas de atuação do sistema de saúde.

A atenção primária à saúde (APS) foi definida como eixo estruturante do sistema de saúde, que se pretende universal, resolutivo, equitativo, efetivo e eficiente. Para Starfield (2002), a APS se constitui

um primeiro nível de atenção, com o papel de organizar e integrar as redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado.

Segundo o Plano Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), este nível de atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A APS tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização.

---

**Atividade 14** # Para pesquisar e registrar

Procure destacar algum tipo de demanda acessada pela Ouvidoria e/ou Auditoria relacionada com a atenção primária de saúde. Quais foram as respostas e os encaminhamentos?

*Procure registrar e compartilhar com a turma em plenária.*

---

Um grande desafio do SUS está apontado quando pensamos nos limites de atuação da APS. Para cumprir com a constituição de uma rede regionalizada e hierarquizada para a garantia de uma atenção integral, é necessário entender a que a atenção primária deve estar devidamente integrada aos outros níveis de atenção.

A questão é que existem no Brasil milhares de pequenas municipalidades que não possuem em seus territórios condições de oferecer serviços de alta e média complexidade; por outro lado, existem municípios que se tornam referência e garantem o atendimento da sua população e de municípios vizinhos. Em áreas de divisas interestaduais, são frequentes os intercâmbios de serviços entre cidades próximas, mas de Estados diferentes. Por isso mesmo, a construção de consensos e estratégias regionais é uma solução fundamental que permitirá ao SUS superar as restrições de acesso, ampliando a capacidade de atendimento e o processo de descentralização (Brasil, 2009).

A construção de estratégias regionais é necessária para melhor compreender as necessidades de saúde, organizar as demandas e ofertas, construir sistemas formais de referência e contra referência, criar sistemas efetivos de regulação de leitos, garantir o acesso na média e alta complexidade. Ou seja, o planejamento, a gestão e a avaliação do sistema precisam ocorrer de forma integrada para se garantir saúde de forma universal e igualitária.

O cenário brasileiro, caracterizado pela diversidade de contextos regionais, com marcantes desigualdades socioeconômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa interrelação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo efetividade, demonstra a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (Brasil, 2009).

Decerto que a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrada por:

- a) lacunas assistenciais importantes;
- b) financiamento público insuficiente, fragmentado e com baixa eficiência no emprego dos recursos, levando à redução da capacidade do sistema de prover integralidade da

atenção à saúde;

c) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;

d) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;

e) pulverização dos serviços nos municípios;

f) pouca inserção das Vigilâncias e da Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

---

#### **Atividade 15** # Para Leitura e reflexão

Leia KUSCHNIR, R.C. *et al.* **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. Disponível em [http://cajui.uft.edu.br/dte/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=338&Itemid=51](http://cajui.uft.edu.br/dte/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=338&Itemid=51)

*Procure elaborar, a partir dessa leitura, duas questões relacionadas com a Ouvidoria e ou Auditoria.*

---

Para enfrentar os desafios vinculados à complexidade do sistema de saúde, tem-se priorizado a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS). A noção de rede remete a várias concepções e significados, estando quase sempre presentes os sentidos de conexão, entrelaçamento e comunicação. Nesse curso, compartilhamos a concepção de Kuschnir *et al.* (2010:121) de rede de atenção à saúde como um “conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população”.

Não temos a pretensão de aprofundar os estudos sobre as RAS, mas para finalizar nossa conversa sobre organização da atenção e dos serviços é importante mencionar que a construção de uma rede dessa natureza deve levar em consideração as especificidades dos diferentes serviços de saúde disponíveis e o papel atribuído a cada um deles na organização da atenção e na gestão do sistema.

#### **CURIOSIDADE**

Se tiver interesse em conhecer um pouco mais sobre as Redes de Atenção à Saúde, entre no site do Ministério da Saúde ([www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)) e procure as ações e programas de saúde para localizar as RAS e Intervenções Sistêmicas.

## Módulo 5. Auditoria e Ouvidoria como instrumentos de gestão do SUS

*Luís Carlos Bolzan e Maria Francisca Santos Abritta Moro*

### Ouvidorias e democracia participativa

A democracia representativa tem servido com perfeição ao entendimento exposto por Hayek (1994) ao dizer que a democracia não pode ser tornar um fetiche, tendo que ser priorizada a liberdade econômica à liberdade política.

Nesse sentido, urge ressignificar a democracia, em seu método, processo, conteúdo e sentido.

Ressignificar a democracia em seu método implica em superar a representação que é “não ser” (negação da política e das relações materiais) pela participação que é historização do humano pela materialização das relações sociais econômicas e políticas. Participação dá sentido à vida política, fortalecendo coletivos a partir de indivíduos fortalecidos.

Quanto ao processo, a democracia deve se ressignificar recuperando no humano a capacidade comunicacional e relacional. Expropriada pela tecnologia da comunicação a serviço de grupos de grandes conglomerados midiáticos, a humanidade se distancia de seu principal elemento transmutador que permitiu a passagem das hordas pré-humanas à civilização humana, ou seja, a comunicabilidade. Atrofiada na despolitização do espaço público e obnubilada na desmaterialização das relações sociais, a capacidade de comunicar deixa o cenário da micropolítica para ser refém dos grandes conglomerados midiáticos. Comunicar assim, só é possível dentro da homogênea circulação de informações pactuadas pelos veículos de comunicação em massa. Próprio do processo capitalista expropriador e em consonância com a primazia da propriedade privada nesse mesmo sistema, a grande mídia usurpa a comunicação e capacidade comunicante individual e coletiva, esvaziando a política de sentido e fragilizando as relações sociais, econômicas e afetivas, tendo como consequências, dentre outras, a opressão e a violência. A liberdade de expressão é reduzida a liberdade de imprensa, mas não toda imprensa sequer, e sim apenas aquela imprensa que contribui para o processo de reprodução do capital. A democracia e a liberdade de expressão viram fetiche. Não há mais o gozo do prazer na participação democrática e na liberdade de expressão, mas apenas o simulacro de expressão e da comunicação, com a representação do gozo que não é.

O conteúdo da democracia representativa é... Bem, na verdade, não é. Como negação a democracia representativa não tem conteúdo, ao menos não de uma democracia real. O conteúdo é singular e apenas aquele que serve aos interesses do capital e sua sanha de reprodução, acumulando lucro, gerando exclusão social e econômica, forjando identificações com aquilo que não se é, mas inculcando o desejo de consumo daquilo que se deve querer ser. O conteúdo da democracia deve ser ressignificado para fortalecer elementos identitários, reformatando territórios a partir desse elo, garantindo as pluralidades e diversidades sem ofuscar identidade de classe. Conteúdos que dialoguem com universalidade de direitos e internacionalização (não mera globalização), distribuição para além do crescimento, com sustentabilidade, inclusão e protagonismo social. O conteúdo tem que ser plural.

Nenhuma democracia é plena sem sentido. O sentido se formatará não mais em uma estética da farsa da representação, mas na estética espontânea da participação comunicativa, identitária e coletiva, sem as pactuações conchavadas, mas na participação dialética capaz de reconhecer as pluralidades e

diversidades como elementos integrantes da identidade de classe com compromisso emancipatório e libertário.

Dizer tudo isso para avançar sobre elementos fundantes de instrumento de participação social que é a Ouvidoria. Para muito além de simples instrumento de gestão. Ao referir ouvidoria como “simples instrumento de gestão” não quer dizer que não seja, mas que está para além disso. Pensar ouvidoria apenas como instrumento de gestão, significa restringir as possibilidades de uso dessa ferramenta a uma única parte da organização social, que é a gestão pública, atuando dentro do Estado. Sem dúvida, sob o enfoque de gestão, a ouvidoria se apresenta como poderosa ferramenta para oxigenar a gestão com informações improváveis de serem colhidas de outra forma, permitindo aos gestores qualificar seu trabalho enriquecido pela participação do cidadão. Mas cabe abordar outros elementos essenciais da ouvidoria.

Primeiro, é necessário diferenciar ouvidoria de outro conceito: *ombudsman*. A instituição do *ombudsman* surge na Suécia em 1809. Tem sua estrutura e funcionamento associado ao poder legislativo, e apesar da postulação por sua autonomia administrativa e financeira e independência funcional e política (Lyra, 2011) o poder legislativo, ou seja, os parlamentos, como vimos antes, são organismos vitais para a sustentação da democracia representativa liberal sensíveis aos interesses do capital e identificado mercado em detrimento das demandas sociais. Além disso, o *ombudsman* tem caráter investigativo e de recomendação. Apesar de ser recomendado fácil acesso do *ombudsman* aos cidadãos os canais de comunicação disponibilizados não se apresentam em grande variedade e nem em diferentes direções. Por sua vez, a ouvidoria deve ser entendida como “*instituição que auxilia o cidadão em suas relações com o Estado*” (Controladoria Geral da União, 2012). Nesse sentido, a ouvidoria pública tem papel de mediação entre o Estado e a cidadania, agindo como promotora de mudanças.

Como instrumento de participação social, as Ouvidorias também devem ser diferenciadas entre públicas e privadas. As ouvidorias privadas de empresas não têm caráter universal, dialogando com clientes em relações regidas pela máxima do consumo. Seu compromisso é com os interesses dos proprietários privados dessas empresas, buscando assegurar as necessidades das empresas privadas e, em segundo lugar, em caso de possível conciliação de interesses, a demanda do consumidor. Por sua vez, as ouvidorias privadas não estabelecem relações sustentadas pelo consumo, mas sim pelo exercício da cidadania, buscando assegurar direitos, sustentadas na universalização de seu público interlocutor, ou seja, os cidadãos de um Estado-Nação. Cabe observar que a cidadania não se estabelece meramente pelo consumo, mas sim pela participação política. Um mero consumidor não é um cidadão, mas um cidadão pode ser um consumidor. O que dá sentido à cidadania não é o consumo, mas sim a participação e o protagonismo político, econômico e social.

A ouvidoria pública é instrumento de aprofundamento da democracia participativa tendo o ouvidor público, entre seus objetivos, a disseminação da democracia participativa. As ouvidorias públicas não são ouvidorias privadas, também chamadas de serviço de atendimento ao consumidor/cliente (SAC), de *call center*, etc.

As ouvidorias públicas contribuem, portanto, para processo de transparência do Estado, permitindo maior familiaridade da população com o funcionamento do Estado e o maior acesso a informações difíceis de serem alcançadas por outros mecanismos.

Ouvidorias públicas são instrumentos que, além de contribuir para qualificar a gestão pública e contribuir para o fortalecimento da participação social no Estado, constituem-se ainda como ferramenta de comunicação eficaz. O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges), da Secretaria

de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, é paradigma quanto a isso. Surge, em seus primórdios, em 2006 (Ministério da Saúde, 2010) ainda como serviço 'Pergunte AIDS' com caráter principal de disseminação de informações em saúde, ou seja, já desde seu início com aspecto menos ortodoxo de ouvidoria, sendo muito mais disseminador de informações do que simplesmente receptor de manifestações.

Esse aspecto heterodoxo do Doges/SGEP/MS se mantém até os dias atuais, seja pelo forte elemento de disseminação de informações, seja pelo conceito desenvolvido de ouvidoria ativa, de 2011 em diante.

Com a implantação do tridígito **136**, em 07 de abril de 2011, como número da Ouvidoria do Ministério da Saúde/DOGES, possibilitando mais fácil memorização por parte dos cidadãos brasileiros, o Doges/SGEP/MS investe no desenvolvimento do conceito de ouvidoria ativa que se caracteriza por diferentes aspectos como: iniciativa de contatar cidadãos e não apenas esperar pela manifestação dos mesmos, inaugurando a 'busca ativa' na ouvidoria do SUS, já utilizada em outros serviços da saúde pública como a vigilância em saúde ou o trabalho de agentes comunitários de saúde. Também ativa pela ampliação dos canais de comunicação utilizados, como contatos telefônicos para realização de pesquisas de satisfação como as que estão em curso (Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, que liga para todas as mulheres que fizerem parto pelo SUS e a Pesquisa de satisfação do Melhor em Casa) ou que já foram realizadas, como a Pesquisa de Satisfação da Atenção Básica e Urgência/Emergência realizada em 2011 e publicizada em abril de 2012. Ou ainda pela CartaSUS, que está sendo enviada desde janeiro de 2012 para todas pessoas que ficam internadas pelo SUS. Ainda o conceito de 'ativa' se refere a movimento pela itinerância em territórios específicos de difícil acesso, para ouvir pessoas que moram nessas localidades onde há grande dificuldade de acesso aos correios, de serviço telefônico ou de internet como, por exemplo, populações ribeirinhas, rurais ou mesmo urbanas em regiões poucos estruturadas.

Superando o funcionamento clássico de uma ouvidoria, o DOGES busca ampliar acesso da população ao serviço de saúde, democratizar o Estado brasileiro contribuir para maior transparência do mesmo, fortalecer o controle social sobre o Estado, a gestão do SUS e as relações público/privado, aproximar o Estado dos cidadãos, alargando espaços de cidadania e radicalizando a democracia participativa.

## Ouvidoria ativa

Com o Decreto nº 7.508/2011, foi definido o conceito de Ouvidoria Ativa onde, a partir dele, a Ouvidoria do SUS não espera mais apenas que o usuário se dirija até ela para fazer reclamações, sugestões, denúncias, solicitações ou elogios. Com a nova definição, a postura da Ouvidoria deve ser outra, indo até o usuário do SUS para saber a realidade sobre os serviços ofertados.

Nesse contexto, o Departamento de Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde desenvolve estratégias de Ouvidoria Ativa, indo buscar a informação diretamente do cidadão, usuário do serviço de saúde, antecipando-se à sua voluntária participação, ao mesmo tempo em que incentiva a sua participação efetiva nos serviços públicos de saúde.

O conceito de Ouvidoria Ativa foi ampliado pelo IV Fórum Nacional de Ouvidorias da Saúde, realizado em novembro de 2012, em Brasília-DF. Representantes de 173 Ouvidorias nos âmbitos federal, estadual e municipal concluíram que Ouvidoria Ativa é aquela que cumpre o seu papel, indo além do conceito de Ouvidoria Clássica, abrindo uma nova perspectiva de participação do cidadão na gestão do SUS, promovendo e estimulando novas formas de participação, a fim de fortalecer o exercício de cidadania, com respeito à efetivação do direito à saúde.

A Ouvidoria Ativa busca contribuições da sociedade para a construção de estratégias no envolvimento da percepção do cidadão, na avaliação das ações dos serviços de saúde e soluções às dificuldades apresentadas.

O IV Fórum Nacional de Ouvidorias da Saúde ainda define a Ouvidoria Ativa como aquela capaz de envolver ações estratégicas além das tradicionais, com perfil pró-ativo e preventivo, que interage com o cidadão no intercâmbio de conhecimentos, como disseminadora de informações e indutora de parcerias, fornecendo subsídios para melhoria da gestão.

A Ouvidoria Ativa atua na busca ativa de pessoas que não têm acesso à ouvidoria, por meio da escuta itinerante. Reforça a integração dos trabalhos dos Ouvidores (interinstitucional, intersetorial e interfederativo) e a parceria com a comunidade e a gestão, simultaneamente.

Ela fornece instrumentos para fomentar a participação do cidadão na qualificação da informação, gerando resultados positivos na consolidação do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS e da Democracia Participativa.

## **Auditoria como apoio à gestão do SUS**

A evolução da auditoria é essencialmente resultado do progresso histórico da contabilidade. Acompanhou o desenvolvimento econômico dos países, o crescimento das empresas e a expansão das atividades produtoras que vieram trazendo uma crescente complexidade para a administração dos negócios e para as práticas financeiras. Chegou ao mercado e a diferentes setores, observando o cumprimento de regras e de metas, analisando resultados e documentos, a veracidade das informações, o capital investido, a probidade administrativa, a negligência e a omissão, a aplicabilidade oportuna e otimizada de recursos diversos.

Na atualidade, a auditoria não se resume, apenas, em controle contábil. Exige um olhar atento à universalidade do problema em foco, demandando dos auditores uma boa formação e dos gestores de auditoria a composição de equipes multidisciplinares.

A modernização da auditoria decorre, ainda, do avanço tecnológico nas áreas de informática e informação. Essas tecnologias vêm favorecendo o acompanhamento, o monitoramento e a licitude de quem faz a gestão, o controle e a auditoria, beneficiam os resultados e a tomada de decisão oportuna. Hoje, essas ferramentas são pilares de sustentação de qualquer procedimento de auditoria.

No campo da saúde pública, esses resultados podem ser verificados em diferentes fontes de informação: escuta social nos espaços de cidadania, relatórios sobre denúncias, relatórios analíticos de sistemas de informação oficiais, de notícias da imprensa, de áreas técnicas da gestão, dentre tantos outros.

A finalidade da auditoria é contribuir com a gestão para a qualificação do acesso universal, em prol da garantia do direito à saúde e do direito à vida, definidos na Constituição Federal de 1988, sendo o relatório de auditoria um produto relevante, um instrumento informativo e construtivo, de alta credibilidade pública. O produto da auditoria é reconhecidamente imprescindível na tomada de decisões.

As ações de auditoria em saúde pública devem estar baseadas nas prioridades da política nacional de saúde, considerando as especificidades locorregionais. Essas ações objetivam contribuir com o desempenho da gestão para a conquista das metas pactuadas e o êxito no cumprimento dos

compromissos assumidos. Nesse sentido, as informações geradas por uma auditoria possibilitam o redirecionamento das políticas e objetivos e, por conseguinte, o redirecionamento das ações e dos serviços de saúde (Melo e Vaitsman, 2008).

De acordo com Pina e Torres (2001) *apud* Melo e Vaitsman (2008) o mérito em auditoria se sustenta nos três “Es” da gestão pública: eficácia, eficiência e efetividade. Das poucas funções próprias do estado moderno, os serviços de fiscalização e de auditoria não têm custos baixos, mas assim se tornam quando analisados diante da sua relevância no serviço que presta à nação: age como uma vacina que contribui para a prevenção de perdas socioeconômicas irreparáveis.

A Lei Orgânica nº 8.080/1990 estabeleceu como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS. Definiu a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) que foi regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, estabelecendo um sistema descentralizado de auditoria, formado pelos componentes federal, estaduais e municipais. As atividades do SNA referentes ao componente federal são desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DenaSUS), que compõe a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS).

O SNA tem como missão exercer ações de auditoria no âmbito do SUS para a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Essa natureza sistêmica da auditoria do SUS assegura o desenvolvimento de ações integradas e subordinadas às competências e às atribuições definidas nas esferas de governo, delineando uma estratégia de cooperação técnica entre os gestores, respeitada a autonomia de cada esfera de gestão, compatibilizada com os requisitos de prestação e agilidade administrativa.

O objetivo da auditoria é propiciar aos gestores informações necessárias ao exercício de um controle efetivo do sistema, contribuindo para o planejamento das ações de saúde, para o aperfeiçoamento do sistema e a melhoria da qualidade da atenção à saúde no SUS. Portanto, é uma ferramenta de gestão que contribui para o aprimoramento do sistema de saúde, à medida que propicia subsídios para a tomada de decisões.

A auditoria como ferramenta de gestão avalia o contexto epidemiológico-investimentos-resultados-cidadão, ajuda a eliminar desperdícios, simplificar tarefas e transmitir informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas, visando à eficiência da gestão e a consolidação do modelo de assistência ajustado às necessidades do cidadão.

A auditoria do SUS permite a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, tomando como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais (Brasil, 2005). É um processo permanente, contínuo e pró-ativo que tem por finalidades: (i) contribuir para o fortalecimento da gestão; e (ii) constituir-se em ferramenta do processo decisório, constatando a eficiência na alocação e aplicação adequadas dos recursos, a eficácia na qualidade das ações e serviços oferecidos aos cidadãos e a efetividade nos resultados alcançados na assistência, prevenção e promoção da saúde dos usuários do SUS.

Assim sendo, a missão do auditor em saúde pública, sem prejuízo de suas observações técnicas clássicas, envolve um raciocínio construtivo sobre o SUS, a priorização da ação cotidiana preventiva, o diálogo entre as três esferas de gestão, a integração, a articulação interfederativa e a postura diagnóstica, parceira e construtiva.

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, L. O. M. Do nascimento da saúde pública ao movimento pré-SUS. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 19-28.

\_\_\_\_\_. A regulamentação do SUS. In: SUS passo a passo: normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec; Sobral: Edições UVA, 2001. p. 20-31.

BAPTISTA, T. W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Textos de apoio em políticas de saúde*. 20. ed. Rio de Janeiro, 2005. v. 1, p. 11-42.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em: 08/05/2006.

BRASIL. **Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 set. 1995. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1651.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1651.htm)>.

BRASIL. **Decreto Federal nº 7.508, de 28 de julho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)> Acesso em 28/03/2014.

BRASIL. Deliberação CIT (Comissão Intergestores Tripartite) 02/2011.

BRASIL. Lei nº 12.466 de 24 de agosto de 2011. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “*dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25/08/2011. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12466.htm)> Acesso em 31/03/2014.

BRASIL. Lei nº 12.527/2012. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm)>. Acesso em 31/03/2014.

BRASIL. Lei nº 141/2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/)

leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em 31/03/2014.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18.055. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.142, 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaLegislacao.action>>. Acesso em: 2 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília-DF, 1986. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf)> acesso em julho/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília, 2009. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf), acesso em julho/2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Falando de Ouvidoria. 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ouvidoria ativa do sus: ampliando a escuta e o acesso à informação do cidadão.2014.

BRASIL. O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, Brasília, 2009, 2ª. Edição.

BUSS, PM. e PELLEGRINI FILHO, A. *A Saúde e seus Determinantes Sociais*. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007

CRUZ, MM. Concepção de Saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp - Fiocruz, 2009, v, p. 21-34.

CRUZ, MM. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira. (Org.). Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD/Ensp - Fiocruz, 2009, v. p. 35-47. Disponível em: <[http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus\\_aprovado\\_2007.pdf](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf)>. Acesso em 31/03/2014.

GONDIM R, BOMFIM RLD, GRABOIS V, CAMPOS CEA, GRIBEL EB. Organização da atenção. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.93-120. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

KUSCHNIR, R.C. *et al.* Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Florianópolis: UFSC, [Brasília]: CAPES: UAB, 2010.

LYRA,R.P. Novas Modalidades de Ouvidoria Pública no Brasil. João Pessoa: Ed.UFPB, 2011, 310 p.

MACHADO, C. V.; LIMA, L.D.; BAPTISTA, T.W.F. Princípios Organizativos e Instâncias de Gestão do SUS. In: GODIN, R; GRABOIS, V; MENDES, W. (Orgs.) Qualificação de Gestores do SUS, Rio de Janeiro: EAD/Ensp - Fiocruz, 2009.

MACHADO, C.V., LIMA L.D., BAPTISTA, T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS.

In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos Gestores do SUS. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. p.47-72. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12544&Tipo=B>>

MATTA, G. C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. (Org.). *Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2007. v. 3. p. 61-80.

MELO, M.B; VAITSMAN, J. Auditoria e avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n.1, p. 152-164, jan./jun.2008

NOGUEIRA, V. M. R.; PIRES, D. E. P. de. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

RIBEIRO, Patrícia; SOPHIA, Daniela Carvalho e GRIGORIO, Deise de Araújo. Gestão governamental e sociedade: informação, tecnologia e produção científica. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 623-631. Disponível em: <<http://ref.scielo.org/dygsjs>>. Acesso em: 11 nov.2013.

STARFIELD, B. Atenção primária em saúde: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002, 726p.

## UA2

# Auditoria do SUS

Nesta Unidade de Aprendizagem, vamos discutir aspectos conceituais e éticos da auditoria do SUS, habilidades que um auditor deve desenvolver, além de tratar passo-a-passo o processo de trabalho para a realização de uma auditoria.

**Autores:** Ana Cecília Bastos Stenzel, Aparecida Bueno, Margarete Gaban, Mario Lobato da Costa, Marivania Fernandes Torres e Ricardo Ernestino Silva.



UA2 Auditoria – Mapa Referencial				
Temática	Conhecimentos	Habilidades	Atitudes	Carga Horária
Controle Interno e Pressupostos Legais da Auditoria do SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Conceituar controle interno do Sistema Único de Saúde (SUS);</li> <li>§ Conceituar as atribuições dos instrumentos de controle interno do SUS;</li> <li>§ Diferenciar o conceito e o papel de auditoria diante da regulação, monitoramento e avaliação;</li> <li>§ Conhecer as legislações relativas ao SNA.</li> </ul>	Identificar os pressupostos legais que subsidiam as práticas no contexto da auditoria no Sistema Único de Saúde.	Atuação do auditor em consonância com o seu papel no contexto do controle interno do SUS.	4h
Implicações do trabalho de auditoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Ética – conceitos, atitudes e comportamentos;</li> <li>§ Identificar e reconhecer atos e indícios de improbidade e irregularidade.</li> </ul>	Conhecimento técnico e autonomia em busca da eficácia nas ações de auditoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Agir, ética e cooperativamente, em busca de boas práticas no ambiente de trabalho;</li> <li>§ Atuar em favor da qualificação no SUS.</li> </ul>	4h

Operacionalização dos processos de trabalho de Auditoria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Compreender a importância da fase analítica para a qualidade da auditoria;</li> <li>§ Identificar as fontes de informações que podem ser utilizadas para subsidiar o trabalho da equipe de auditoria;</li> <li>§ Apropriar-se do processo de trabalho analítico da auditoria;</li> <li>§ Identificar os aspectos das fontes e dados a serem coletados numa fase operativa;</li> <li>§ Assimilar as etapas da atividade operativa;</li> <li>§ Conhecer os aspectos fundamentais que devem conter um relatório de auditoria;</li> <li>§ Apreender o conceito de padronização para eficiência do relatório.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Possuir visão crítica diante da complexidade dos dados analisados;</li> <li>§ Saber utilizar os dados da fase analítica para melhor aproveitamento na realização da fase operativa;</li> <li>§ Elaborar o relatório com assertividade e clareza.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Ater-se aos fatos relevantes e ao foco da auditoria;</li> <li>§ Assumir um comportamento eficiente durante a visita de auditoria;</li> <li>§ Adotar comportamento ético e eficiente no processo de trabalho do relatório.</li> </ul>	24h
Finalização dos Trabalhos				8h

# Módulo 1. Controle Interno e Pressupostos Legais da Auditoria do SUS

Vamos começar a nossa unidade de aprendizagem com a história e os pressupostos do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

## Conhecimentos

- § Conceituar controle interno do Sistema Único de Saúde (SUS);
- § Conceituar as atribuições dos instrumentos de controle interno do SUS;
- § Diferenciar o conceito e o papel de auditoria diante da regulação, monitoramento e avaliação;
- § Conhecer as legislações relativas ao SNA.

## Habilidades

Identificar os pressupostos legais que subsidiam as práticas no contexto da auditoria no Sistema Único de Saúde.

## Atitude

Atuação do auditor em consonância com o seu papel no contexto do controle interno do SUS.

Até o ano de 1976, as atividades de controle nos serviços públicos de saúde eram desempenhadas pelos chamados ‘supervisores’, que atuavam por meio de apurações em prontuários de pacientes e, principalmente, em contas hospitalares.

A partir de 1977, foi criado o Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares, que buscava um controle mais efetivo da produção e dos gastos na assistência médica, na tentativa de “influenciar na diminuição de fraudes e irregularidades”, pois a lógica prevalente na época era de “quanto mais se faz, mais se paga”, o que estimulava o faturamento de procedimentos pelos prestadores de serviços. Nessa época, os servidores que atuavam na área eram essencialmente médicos, que recebiam a designação de ‘revisores de contas’ e ‘supervisores hospitalares’.

Em 1981, foi introduzido o pagamento ‘por pacote’, com a criação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), empregando-se o termo ‘auditor’ para os servidores que trabalhavam no controle da assistência.

Após a criação do SUS, foram instituídos o Departamento de Controle e Avaliação e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, que concentravam os setores que desempenhavam as atividades de controle, de avaliação e de auditoria.

A existência de entendimentos divergentes sobre as ações de controle interno do SUS ocasiona um sombreamento na atividade fim do auditor, o que é reafirmado pelos pressupostos legais. De todo modo, todas essas ações integram um contínuo hierárquico e/ou cronológico.

## Controle Interno

O Controle Interno compreende o plano de organização e todos os métodos e medidas adotadas em uma empresa para salvaguardar seus ativos, verificar a exatidão e fidelidade dos dados contábeis, desenvolver a eficiência nas operações e estimular o seguimento das políticas executivas prescritas.

São exemplos de estruturas de controle interno: componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (controle interno do SUS), Controladoria Geral da União (CGU) – controle interno do Poder Executivo, Setor de Controle e Avaliação, Vigilância em Saúde, dentre outros.

São finalidades do Controle Interno conforme Constituição Federal de 1988 (CF/1988) em seu art. 74:

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

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

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

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

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

§ 1.º Os responsáveis pelo controle interno, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade, dela darão ciência ao Tribunal de Contas da União, sob pena de responsabilidade solidária.

§ 2.º Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União. (Brasil, 1988)

Pelo acima exposto, pode-se inferir que o Controle Interno é um controle primário, exercido por órgão que se situa dentro da Administração e subordina-se ao executor do próprio ato examinado. Difere do Controle Externo que é exercido por órgão autônomo, independente da Administração, não participando, portanto, dos atos por ela praticados. Exemplos de órgãos de Controle Externo: conselhos de saúde, Tribunal de Contas da União (TCU), Estados e Municípios, Ministério Público (MP) e Polícia Federal (PF).

Vamos falar um pouco mais sobre monitoramento, avaliação, regulação e auditoria? Participe da atividade a seguir e contribua com o debate, colocando suas dúvidas e pontos de vista.

---

### **Atividade 1** # Conceito das ações de controle interno do SUS

Será que o entendimento de monitoramento, avaliação, regulação e auditoria é uniforme?

Confrontaremos as concepções individuais com os conceitos estabelecidos, diferenciando-os do papel da auditoria do SUS.

Para isso, utilizaremos tarjetas de cartolina ou papel cartão em 4 cores diferentes (serão

necessárias 4 tarjetas para cada aluno); fita adesiva; pincéis atômicos.

1. Cada participante deverá receber 4 tarjetas de cores diferentes. Em cada uma delas deve escrever, em uma palavra ou expressão curta, sua concepção de cada uma das atividades de controle, respeitando a cor designada pelo docente para cada definição;
2. Depois que o grupo escrever, as tarjetas deverão ser coladas no mural, separadas de acordo com a categoria;
3. O próximo passo será fazer a leitura dos conceitos de Monitoramento, Avaliação, Regulação e Auditoria, que se encontram no texto de apoio;
4. Para finalizar serão discutidos os conceitos das tarjetas à luz das concepções lidas.

---

### **Texto de Apoio**

Para consolidar o conhecimento, convidamos você para uma leitura dos conceitos de controle interno do SUS:

**Monitoramento em saúde** – Pode ser entendido como um sistema que permite observação, medição e avaliação contínua de um processo ou fenômeno nessa área específica. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, a identificação, o encaminhamento de solução e a redução de problemas, bem como a correção de rumos. O acesso aos resultados do processo de monitoramento e avaliação constitui um poderoso instrumento para a democratização de informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde. Ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorece-se o empoderamento e a mobilização da sociedade, fomentando a participação social e o controle das ações e serviços prestados pelo SUS. Mecanismos pactuados de monitoramento e avaliação devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios, no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

**Avaliação** – é a identificação quantitativa e qualitativa dos resultados (impactos) obtidos frente aos objetivos pré-estabelecidos para os programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolubilidade, eficiência e eficácia.

A avaliação de um sistema de saúde se refere à aferição e ao julgamento sobre o grau de alcance dos objetivos que se propõe atingir. Os princípios constitutivos do SUS expressos na Constituição Federal de 1988 e nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 e os objetivos da política de saúde devem ser os pontos de partida para a avaliação de desempenho do sistema. A avaliação de desempenho do sistema de saúde não substitui e não suprime a necessidade de realização das avaliações de políticas e programas.

**Regulação da atenção à saúde** – A regulação da atenção à saúde tem por objeto atuar sobre a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde. Portanto, dirige-se aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, compreendendo: contratação (relações pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde); regulação do acesso à assistência (conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses); avaliação da atenção à saúde (operações que permitem emitir um juízo de valor sobre as ações finais da atenção à saúde e medir os graus de qualidade, humanização, resolubilidade, satisfação) e controle assistencial.

**Regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial** – Conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses. Para responder às diretrizes do SUS, deve-se viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde de forma a adequar, à complexidade de seu problema, a gama de tecnologias exigidas para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz. Principais ações:

1. Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
2. Controle dos leitos disponíveis e da agenda de consultas especializadas e de Serviços de Apoio e Diagnóstico Terapêuticos (SADTs);
3. Padronização das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas por meio dos protocolos assistenciais;
4. Estabelecimento de referência entre unidades de saúde, segundo fluxos e protocolos padronizados;
5. Organização de fluxos de referência especializada intermunicipal;
6. Controle e monitoramento da utilização mais adequada aos níveis de complexidade;
7. Subsídio ao redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão);
8. Implantação de complexos reguladores.

**Auditoria** – É o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. É o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.

Os conceitos apresentados reforçam a ideia de que as atividades de controle interno do SUS são distintas, mas se complementam, sendo necessário que cada instância de governo implemente as respectivas estruturas de controle interno, na perspectiva de que não ocorra sobreposição das ações.

## O Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), fixando as ações e serviços de saúde como de relevância pública e conferiu ao Poder Público dispor sobre a regulamentação das ações de controle.

A Lei Orgânica nº 8.080/1990, que regulamenta o SUS, atribui às três esferas de governo a competência comum para criar instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde no SUS.

Consta entre as competências da direção nacional do SUS, conforme artigo 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080/1990, o estabelecimento do SNA como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo território nacional.

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, instituiu no artigo 6º o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Ministério da Saúde, ao qual compete à avaliação técnico-científica, contábil, financeira

e patrimonial do SUS, a ser realizada de forma descentralizada, por meio dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada estado e no Distrito Federal. Estabeleceu que o componente federal do SNA é o órgão central do sistema, executando suas atividades em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios.

Em setembro de 1995 foi criado o Decreto nº 1.651/1995, regulamentando o Sistema Nacional de Auditoria e estabelecendo que todas as esferas de governo devem organizar e implantar seus componentes sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

O artigo 5º desse decreto dispõe sobre as competências de cada ente, observada a Constituição Federal, as constituições estaduais e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos Municípios. No Quadro 1 a seguir são apresentadas as competências que cabem ao Sistema Nacional de Auditoria verificar, por intermédio dos órgãos que o integram.

**Quadro 1** – Competências do Sistema Nacional de Auditoria por intermédio dos órgãos que integram os planos

<b>Federal</b>	<b>Estadual</b>	<b>Municipal</b>
Serviços sob Gestão Federal	Serviços sob Gestão Estadual	Serviços sob Gestão Municipal
Ações e Serviços Previstos na Política Nacional de Saúde	Ações e Serviços Previstos no Plano Estadual de Saúde	Ações e Serviços Previstos no Plano Municipal de Saúde
Sistemas de Saúde Estaduais	Sistemas de Saúde Municipais e Consórcios Intermunicipais	Consórcios Intermunicipais
Mecanismos de Controle, Avaliação e Auditoria dos Estados	Mecanismos de Controle, Avaliação e Auditoria dos Municípios	-
Recursos Federais transferidos aos Estados e Municípios	Recursos Estaduais transferidos aos Municípios	-

Fonte: D.O.U. - Art. 5º, inc I, II e III do Decreto nº 1651, de 28/09/1995

A integração e interação das ações de auditoria, ouvidoria, monitoramento e avaliação com o controle social aprimoram a gestão do SUS nas três esferas de governo.

Nessa perspectiva, a auditoria assume o significado de instrumento de gestão que fortalece o SUS, contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Essa concepção altera a lógica da produção/faturamento para a da atenção aos usuários e em defesa da vida, incorporando a preocupação com o acompanhamento das ações e a análise dos resultados.

A atividade de auditoria no SUS deve verificar se as ações e os serviços de saúde estão sendo realizados em conformidade com os padrões e os critérios estabelecidos, observando os quesitos: estrutura, processo e resultado.

São diretrizes da ação de auditoria no SUS:

- a) Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo o território nacional, com divisão e definição de tarefas específicas de cada esfera de gestão do SUS;
- b) Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, monitoramento e avaliação, regulação e vigilância em saúde e outros órgãos integrantes do sistema de controle interno e externo; e

c) Foco na qualidade das ações e serviços, com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde, na respectiva aplicação dos recursos e na satisfação do usuário.

Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011 regulamentou a Lei Orgânica da Saúde buscando fortalecer a governança do SUS, ampliar conceitos e garantir a execução de diretrizes adotadas pelo sistema, o que exige uma nova dinâmica na organização e gestão do SUS.

O Decreto reforça a criação de regiões de saúde, propõe a adesão aos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde (Coap) com o estreitamento das relações interfederativas e introduz como elementos de pactuação a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

De acordo com o Art. 40:

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

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei. (Brasil, 2011)

A Lei Complementar (LC) nº 141 foi promulgada em 2012, tendo por finalidade regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal/1988 para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, bem como estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde, nas três esferas de governo.

Neste contexto, o SNA tem o papel fundamental para garantia da fiscalização, avaliação e controle da aplicação dos recursos na área da saúde, conforme art. 27 da citada Lei:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes. (Brasil, 2012)

Com base na leitura do arcabouço jurídico que constitui o Sistema Nacional de Auditoria e os instrumentos normativos (Decreto e Lei Complementar), convidamos você para a realização da atividade a seguir.

---

**Atividade 2** # Discussão em grupo

Faremos uma discussão em grupo do seguinte tema:

- Como a auditoria se configura como instrumento de gestão?

E então abriremos para um debate ampliado no grande grupo.

---

## Módulo 2. Implicações do trabalho de auditoria

Agora que já conhecemos a constituição do SNA, chegou o momento de abordarmos os aspectos éticos do auditor e nos aproximarmos das especificidades dos processos de trabalho de auditoria.

### Conhecimentos

- § Ética – conceitos, atitudes e comportamentos;
- § Identificar e reconhecer atos e indícios de impropriedade e irregularidade.

### Habilidades

Conhecimento técnico e autonomia em busca da eficácia nas ações de auditoria.

### Atitude

- § Agir, ética e cooperativamente, em busca de boas práticas no ambiente de trabalho.
- § Atuar em favor da qualificação no SUS.

## Ética

A ética é parte da filosofia que se ocupa da reflexão a respeito dos fundamentos da vida moral. Essa reflexão pode seguir as mais variadas direções, dependendo da concepção de homem que se toma como ponto de partida.

---

### Atividade 3 # Para refletir

Vamos identificar no texto abaixo a importância dos atributos elencados para o desempenho das atividades de auditoria e discutir em grupo.

---

### Ética no serviço público e requisitos para o trabalho de auditoria no SUS

A ética profissional é um conjunto de atitudes e valores positivos aplicados no ambiente de trabalho e é de fundamental importância para o bom funcionamento das atividades da organização e das relações de trabalho entre os funcionários.

O item X, artigo 5º da Constituição Federal/1988 brasileira, assegura a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas, como garantia para todos os brasileiros. Portanto, os auditores estão obrigados triplamente a manter o sigilo e a privacidade do que vierem a constatar ou observar pela CF/1988, pelo Código de Ética do Servidor Público e pelo código de ética de sua categoria profissional.

Também devem ser observadas as resoluções dos conselhos federais, leis específicas e outras normas regulamentadoras do trabalho dos profissionais de saúde e de outras categorias que compõem o quadro de auditores do SUS.

Trocando em miúdos, o trabalho em auditoria requer um elenco de atitudes que se constituem requisitos indispensáveis ao exercício do cargo.

**Integridade** – O auditor deve restringir-se aos limites do interesse público (adstrito ao âmbito de atuação da unidade auditada), não permitindo que fatores estranhos – preconceitos ou quaisquer outros elementos materiais ou afetivos – interfiram na imparcialidade de sua atuação. Os responsáveis pelos serviços de auditoria devem, na fase de planejamento das atividades, identificar a possibilidade de conflitos de interesses entre a equipe de auditoria e a unidade auditada, buscando evitar esse tipo de ocorrência ao definir a composição de uma equipe.

**Sigilo** – O auditor deve respeitar e assegurar o sigilo relativo às informações obtidas durante o seu trabalho não as divulgando para terceiros, salvo quando houver obrigação legal de fazê-lo. As informações obtidas durante a execução de seus trabalhos somente devem ser utilizadas para fundamentar as evidências, as constatações, as recomendações e a conclusão da auditoria.

**Zelo profissional** – O auditor deve aplicar o máximo de cuidado e zelo na realização dos trabalhos, ao determinar o escopo da auditoria e selecionar métodos, exames e demais procedimentos. Esse zelo e cuidado também devem ser empregados na análise dos fatos para que se obtenham resultados fidedignos ao apresentar os relatórios correspondentes.

**Responsabilidade Social** – A auditoria tem, intrinsecamente, uma clara missão social. O servidor público, no exercício das atividades de auditoria deve, cada vez mais, conscientizar-se do seu imprescindível papel na consecução do bem comum. Quando o profissional se desloca para o campo a fim de executar o seu trabalho deve ter o intuito de contribuir para a qualificação da gestão e para os desempenhos operacionais. Ao avaliar os resultados das políticas de saúde, ao prevenir situações, buscando garantir os resultados sociais das ações de governo, o auditor está assegurando ao cidadão o direito a uma boa assistência à saúde e à melhor gestão e gerência dos recursos públicos.

**Idoneidade** – O auditor não poderá, direta ou indiretamente, receber proventos ou recompensas de qualquer natureza, de pessoas direta ou indiretamente interessadas em seu trabalho, exceto sua remuneração e demais vantagens oficiais concedidas.

**Expressão escrita e verbal** – É de fundamental importância que o auditor saiba se comunicar de forma clara e objetiva. Uma apresentação verbal coerente e concisa dá credibilidade ao trabalho da auditoria. É importante saber redigir com assertividade e clareza, considerando, principalmente, que os relatórios de auditoria devem transmitir de forma fidedigna o trabalho realizado pela equipe, de modo que o leitor que não foi a campo possa entender perfeitamente as etapas do trabalho descrito.

---

#### **Atividade 4 # Identificando impropriedade e irregularidade**

Vamos testar nossos conhecimentos?

Analise as constatações e identifique se houve ocorrência de impropriedade e irregularidade dos recursos do Fundo Municipal de Saúde ou referente ao cumprimento de outros dispositivos da administração pública e/ou do SUS em cada uma das situações relatadas:

1. Pagamento de despesas com recursos do Bloco de Atenção Básica no valor de R\$ 17.318,51 (dezesete mil, trezentos e dezoito reais e cinquenta e um centavo), do Bloco de Vigilância em Saúde no valor de R\$ 3.228,54 (três mil, duzentos e vinte e oito reais e cinquenta e quatro centavos) e do Incentivo à equipe de Saúde da Família no valor de

R\$ 6.440,21 (seis mil, quatrocentos e quarenta reais e vinte e um centavo), perfazendo um total de R\$ 26.987,26 (vinte e seis mil, novecentos e oitenta e sete reais e vinte e seis centavos) referentes à aquisição de combustíveis para veículos da SMS, do hospital e veículos particulares, bem como, veículo da unidade básica de saúde e da ESF Rural, quando utilizados em viagens para outros municípios do Estado;

2. Pagamento de despesas com serviços de autoelétrica e substituição de peças do veículo Uno Placa HSH 0325, da Secretaria Municipal de Educação, com recursos do Fundo Municipal de Saúde – Bloco de Atenção Básica – Componente Estratégia de Saúde da Família;

3. Pagamento de despesas com locação de 01 (uma) impressora multifuncional (copiadora, impressora e scanner do tipo monocromático com tecnologia laser), para atender a Prefeitura com recursos do Fundo Municipal de Saúde/Bloco da Atenção Básica;

4. Pagamento de diárias à servidora lotada na Unidade de Saúde da Família, matrícula nº 006.001.001, referente à viagem realizada para participação em curso de especialização em Saúde da Família, com recurso do Bloco da Vigilância em Saúde;

5. Pagamento de despesas com serviços de telecomunicações (telefone fixo) dos setores administrativos da Secretaria Municipal de Saúde, com recursos do Bloco de Atenção Básica;

6. Processo Administrativo – Pregão Presencial, referente à aquisição de medicamentos para atender o hospital sem vínculo contratual com o SUS, com recursos do tesouro municipal por meio do Fundo Municipal de Saúde;

7. Pagamento de despesas do hospital com combustível e com serviços de telecomunicações (telefone fixo), sem a devida formalização processual;

8. Fundação Hospitalar Municipal (criada por Lei Municipal) foi cadastrada no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) como fundação privada prestadora de serviços hospitalares, gerencia uma unidade hospitalar que presta serviços ao SUS, à convênios e particulares, incluindo atendimento de pronto socorro e urgências;

9. Recurso transferido do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde foi depositado em conta conforme ordem bancária 007, nota de empenho 123, referente a processo específico para atendimento de Ações Judiciais da Secretaria de Estado de Saúde para financiar procedimento (cirurgia ortopédica), decorrente de ação judicial, em favor de “Fulana de Tal” e “Sicrano de Qual”. Após a execução da despesa, o gestor municipal contabilizou o saldo como transferência voluntária fundo a fundo mediante termo aditivo ao termo de contratualização vigente;

10. Hospital privado contratualizado com o SUS, sob gestão estadual, apresenta um número elevado de consultas de urgência e emergência, muito acima do parâmetro estabelecido, incluindo o fato de que a maioria das internações realizadas podem ser categorizadas como sensíveis à atenção básica. Em Auditoria Extraordinária realizada na Secretaria Municipal de Saúde, foi constatado que:

a. No cadastro da Unidade de Saúde da Família constam os profissionais médicos A e B com vinculação de 40 horas semanais;

b. Prontuários de pacientes atendidos por A e B, no ambulatório do Hospital, demonstram que as consultas foram realizadas em horário em que tais médicos deveriam estar na Unidade de Saúde da Família em cumprimento à carga horária contratada;

- c. Os profissionais médicos A e B declararam, em entrevista realizada pelos auditores, que não têm contrato com a Secretaria Municipal de Saúde;
- d. O fornecimento de medicamentos controlados é feito mediante receita digitada por um agente comunitário de saúde, com autorização do gestor municipal, e assinada pelos profissionais A e B, sem exame clínico dos pacientes;
- e. O Hospital lança em sua produção as consultas de Atenção Básica que deveriam ser realizadas na USF, como consultas de urgência e emergência.

---

Agora, vamos conferir se estamos alinhados com as definições explicitadas a seguir:

Durante o processo de elaboração da Portaria/GM nº 2.046, de 03 de setembro de 2009, que regulamentou o Termo de Ajuste Sanitário (TAS), instituído pela Portaria/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, houve a necessidade de definir o entendimento sobre impropriedade e irregularidade:

**Impropriedade:** Qualidade daquilo que não é próprio, que não é adequado, que é inexato, inoportuno. Consiste em falhas de natureza formal, de que não resultam em dano ao Erário, tal como aplicação de recursos do SUS em objeto diverso do pactuado.

**Irregularidade:** Caracterizada pela não observância dos princípios de legalidade, moralidade e/ou economicidade, existência de desvio de finalidade, ou seja, fora das ações e dos serviços de saúde, ou outras ocorrências que resultem em prejuízo ao Erário.

Exemplos: Sobrepreço de aquisições e contratações, aplicação de recursos do SUS em finalidades diversas do definido em normativo legal, ou seja, fora das ações e serviços de saúde.

**Para saber um pouco mais...**

### **E o crime?**

Ainda que a equipe de auditoria encontre ou identifique indícios de crime, não lhe compete tipificá-lo, sinalizando sua vinculação ao Código Penal. Cabe-lhe recomendar, a partir da verificação dos fatos, o encaminhamento do relatório ao Ministério Público, órgão competente para, em virtude da configuração de infração ao Código Penal, acionar o Poder Judiciário.

---

**Atividade 5** # Refletindo sobre o filme ‘Doze Homens e uma Sentença’ e a prática do trabalho do auditor.

De algum modo, é importante reconhecer que a auditoria guarda relações com outras práticas da vida cotidiana ou com alguns papéis que os cidadãos são chamados a desempenhar em momentos específicos da vida social.

Selecionamos o filme ‘Doze homens e uma sentença’ para nos brindar com a possibilidade de mais uma reflexão sobre a nossa prática.

O que há de comum entre nosso método de trabalho, as técnicas investigativas e o julgamento de um fato?

Filme: <https://www.youtube.com/watch?v=mzPll63y2b0>

*Vamos ao filme!*

---

## Módulo 3. Operacionalização dos Processos de Trabalho de Auditoria

*Quem não planeja, já planejou o seu fracasso!*

John Beckley

Agora que vocês já conhecem as estruturas de controle externo e interno do SUS, a história e os pressupostos do Sistema Nacional de Auditoria e os aspectos éticos do trabalho do auditor, vamos nos aproximar das especificidades dos processos de trabalho de auditoria, passo a passo.

### Conhecimentos

- § Compreender a importância da fase analítica para a qualidade da auditoria;
- § Identificar as fontes de informações que podem ser utilizadas para subsidiar o trabalho da equipe de auditoria;
- § Apropriar-se do processo do trabalho analítico da auditoria;
- § Identificar os aspectos das fontes e dados a serem coletados numa fase operativa;
- § Assimilar as etapas da atividade operativa;
- § Conhecer os aspectos fundamentais que devem conter um relatório de auditoria;
- § Aprender o conceito de padronização para eficiência do relatório.

### Habilidades

- § Possuir visão crítica diante da complexidade dos dados analisados;
- § Saber utilizar os dados da fase analítica para melhor aproveitamento na realização da fase operativa;
- § Elaborar o relatório com assertividade e clareza.

### Atitude

- § Ater-se aos fatos relevantes e ao foco da auditoria;
- § Assumir um comportamento eficiente durante a visita de auditoria;
- § Adotar comportamento ético e eficiente no processo de trabalho do relatório.

A operacionalização dos processos de trabalho em auditoria se desenvolve em três fases – analítica, operativa e relatório – e segue uma rotina padronizada, independentemente do foco ou objeto da auditoria, podendo originar-se do planejamento anual do serviço ou de demandas não programadas.

**Em outras palavras: o processo de trabalho de auditoria é sempre o mesmo, o que muda é o objeto do trabalho!**

Em linhas gerais, são três os objetos da auditoria do SUS: a) as ações de saúde, quer sejam ações programáticas, ações pontuais, como os atendimentos específicos, ou outras; b) os serviços de saúde, que podem ser ambulatoriais, hospitalares, laboratoriais, exames de imagem, alto custo, etc.; c) os sistemas de saúde municipais, estaduais e federal.

Conforme o tipo de objeto a ser auditado serão diferentes os aspectos a serem verificados na Fase Analítica e na Fase Operacional. Tudo começa na demanda por auditoria, que vamos ver agora!

**ATENÇÃO**

Para melhor aproveitamento das atividades, consulte os anexos apenas quando recomendado.

**Atividade 6 # Leitura e processamento da DEMANDA**

Reunidos em grupo, vamos ler o caso do hospital do município fictício de Descaminho. Finalizando a leitura da demanda e a denúncia, responda:

1. O que o promotor solicitou ao Serviço de Auditoria?
2. De que trata a denúncia?
3. Que informações constam do relatório do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), que estava anexado à denúncia? (Anexo I)

Após a execução da atividade, discussão em plenária sobre o trabalho dos grupos.

**#A Demanda**

## Caso do Hospital de Caridade Nossa Senhora

*Qualquer semelhança não é mera coincidência.*

*Com base em fatos reais, embora inacreditáveis!*

Descaminho é um município de 19.000 habitantes, sendo 60% na área urbana e 40% na área rural. Suas principais atividades econômicas são a agricultura e a pecuária. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,489, considerado baixo. Em relação ao saneamento básico, 70% dos domicílios tem água encanada, 65% são ligados a rede de esgoto e 50% tem coleta regular de lixo. A cobertura da rede elétrica é de 85% dos domicílios. Quanto à rede assistencial, são 2 Estratégias de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 40%, 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 1 Hospital Geral (filantrópico), onde se localiza o laboratório de patologia clínica e o serviço de RX. Há 17 médicos cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em diversas especialidades.

O município é responsável pela gestão dos serviços básicos de saúde, e tem como referência o município de Recaminho, que está em gestão plena do sistema municipal de saúde.

O Serviço de Auditoria da Secretaria Estadual de Saúde recebeu as seguintes demandas:

**#A Denúncia**

Ofício Nº 0001/2009, de 11/03/2009

Ministério Público Estadual de Recaminho

Ao Sr. Diretor do Serviço de Auditoria

Ref: Procedimento Investigatório Criminal (PIC) 007/2009

Senhor Diretor:

Encontra-se em tramitação, nesta Procuradoria do Estado no Município de Recaminho, o Procedimento Investigatório Criminal em referência, instaurado para apurar a possível prática, por dirigentes e/ou empregados do Hospital de Caridade Nossa Senhora, situado no município vizinho de Descaminho, do crime de estelionato em detrimento de entidade pública (artigo 171, § 3º, do Código Penal).

A investigação foi iniciada em virtude de reunião realizada em 26/02/2012, com Dr. Beltrano de Tal, ocasião em que este informou que, apesar de afastado do referido hospital, desde dezembro de 2001, verificou que recentemente (em 2008) ainda permanece como médico responsável por internações no aludido hospital. Dr. Beltrano informou que foi, por um período de curto tempo, mais especificamente no período compreendido entre abril e dezembro de 2001, funcionário do Hospital de Caridade Nossa Senhora de Descaminho. Que no período de janeiro a maio de 2001 exerceu a função de Secretário Municipal de Saúde desse município e que, além dos vínculos já referidos, é servidor efetivo da Prefeitura de Descaminho desde 1991. Que apesar de não mais manter qualquer vínculo com o Hospital de Caridade Nossa Senhora, ainda consta como integrante do corpo clínico daquele nosocômio. Que cita, a título de exemplo, o fato de constar como médico responsável por várias internações no citado nosocômio no ano de 2008, conforme dá conta o relatório extraído do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD), que ora anexa. Que, em razão disso, suspeita que o hospital esteja recebendo verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma indevida;

Posteriormente, em nova reunião realizada com o signatário, ocorrida em 04/03/2012, Dr. Beltrano de Tal noticiou, com amparo em documentos (pesquisa de satisfação do SUS e atestado de óbito), que uma pessoa falecida em 19/10/2008 constou como internada pelo SUS em 06/11/2008.

Diante disso, a fim de instruir o aludido PIC, e considerando a possibilidade de que tais irregularidades ainda ocorram, em prejuízo do SUS, o MINISTÉRIO PÚBLICO ESTADUAL, pelo seu órgão signatário, requisita, com fundamento no art. 7º, inciso III, da Lei Complementar nº 75/1993, no prazo de 90 (noventa) dias, que o SERVIÇO DE AUDITORIA DO SUS efetue auditoria para o fim de apurar as irregularidades noticiadas por Beltrano de Tal, ocorridas no Hospital de Caridade Nossa Senhora, situado no município de Descaminho.

No ensejo, apresento-lhe protestos de elevada estima e distinta consideração.

Dr. Rui Barbosa

Promotor Público

Ilmo.Dr. Jorge Amado

MD. Diretor do Serviço de Auditoria da Secretaria Estadual de Saúde

#A Denúncia

Secretaria Estadual de Saúde

Setor de Ouvidoria do SUS

## A DENÚNCIA (SISTEMA DE OUVIDORIA)

## Atendimento

Nº 000001                      Nº da CartaSUS:                      Tipo de Atendimento: TELEFONE

## Dados do Cidadão

Sigilo: Sim                      Anônimo: NÃO                      Perfil: CIDADÃO

Nome: Capitu

Nome da Mãe: Diadorim

CPF/CNPJ:                      cadSUS:

Email: capitu@qualquercoisa.com.br

Município: Descaminho

UF:

Endereço: Rua Central 123

Bairro: Centro

Nome contato: GRISELDA (SOBRINHA)      CEP:

Celular:                      Fone Contato:

Fone:                      Fax:

## Detalhes da Demanda

Quantidade de Detalhes: 1                      Classificação: DENÚNCIA

Houve disseminação?      SIM                      Imediato: NÃO

Data: 15/02/2009 10:54:19

## Observação do Cidadão:

Recebemos a manifestação, por meio da Ouvidoria Geral do SUS, na qual a cidadã relata que o Hospital Nossa Senhora, do município de Descaminho, vem colocando o médico pediatra Dr. Beltrano de Tal como responsável por internações de pediatria, porém esse médico não atende mais no hospital desde 2001. Tal fato vem ocorrendo há vários anos, desde 2002 até o ano passado (2008). Que, em razão disso, suspeita que o hospital esteja recebendo verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma indevida.

Que o médico Dr. Brás Cubas, autorizador das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH's), estaria atestando as internações emitidas pelo hospital constando o nome do Dr. Beltrano de Tal, apesar de ter conhecimento de que este já não mais tem qualquer vínculo com o hospital; Que, igualmente, o Secretário Municipal de Saúde de Descaminho – assim como o anterior – também chancela as referidas AIH's, apesar de ter ciência da irregularidade; Que a Prefeitura de Descaminho, inclusive, foi agraciada com o prêmio de município com menor índice de mortalidade infantil, mas a realidade é outra, já que as condições de atendimento pediátrico são muito precárias, sendo que sequer há médico pediatra permanente no Hospital de Caridade Nossa Senhora (único local onde há atendimento pediátrico no município).

## Dados da Demanda

Nº Processo:

Técnico Responsável: Iracema

Origem: DISQUE SAÚDE

Assunto: FINANCEIRO

Subassunto Nível 1: FATURAMENTO

Subassunto Nível 2: PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO

Subassunto Nível 3:

Anotações

Encaminhamento da Demanda

Previsão de Conclusão: 20/05/2009

Prioridade: BAIXA

Documento Encaminhado:

Doc. Encaminhado:

Cópia para:

Tipo Doc. Cópia Para:

Nº Doc. Cópia Para:

Documento Resposta:

Nº Doc. Resposta:

Status: ENCAMINHADO

---

#### **Atividade 7** # Planejamento da Auditoria

Analisamos a demanda e a denúncia sobre o Hospital Nossa Senhora de Descaminho, vamos trabalhar no grupo os seguintes aspectos:

1. Qual é o objetivo da auditoria?
2. Realizar o planejamento da auditoria:
  - 2.1. O que verificar na fase analítica?
  - 2.2. O que verificar na fase operativa?

---

#### **Atividade 8** # Leitura do texto de apoio da Fase Analítica

---

## Planejamento

As demandas de auditoria têm origem interna ou externa. As demandas internas são aquelas originadas no próprio serviço de auditoria, as demandas externas podem ser oriundas dos cidadãos, dos órgãos do Poder Judiciário, do Poder Legislativo, do Sistema de Ouvidoria do SUS ou de outro órgão, dos Conselhos de Saúde, da Polícia, etc.

Ao receber uma demanda, o **chefe do serviço de auditoria** deve se perguntar:

#### **Do que se trata?**

É necessário tomar conhecimento do fato e familiarizar-se com seus possíveis

desdobramentos.

É pertinente ao serviço de auditoria?

É preciso analisar se a demanda faz parte da área de atuação do serviço de auditoria do SUS.

#### **O que se deseja obter com a auditoria?**

É importante que se tenha em mente o objetivo da atividade, e ainda o seu escopo e alcance.

#### **Qual é o universo a ser auditado?**

Finalmente, é preciso antecipar o critério a ser utilizado para a atividade, a extensão desta e a necessidade de amostragem.

A partir desses questionamentos, o chefe de serviço realiza a programação da auditoria.

### **Programação**

Tem início, então, a atividade de auditoria, com a designação da equipe de auditoria e a nomeação de um coordenador para a equipe. O **coordenador da equipe** será responsável por:

- § Organização e guarda dos documentos das atividades da auditoria, até o final da mesma;
- § Organização dos trabalhos: reuniões, visitas, etc.;
- § Solicitação junto à coordenação do serviço de auditoria para o encaminhamento de pedidos de documentos e comunicados de auditoria;
- § Tramitações da auditoria.

A equipe constituída deve ser, preferencialmente, multiprofissional, pois, embora a auditoria tenha um campo de saber que deverá ser de domínio de todos os auditores, poderá ser necessária a aplicação de conhecimentos específicos de diversas áreas de formação.

Caso seja necessário, pode ser solicitado a outros setores a indicação de técnicos para compor a equipe de auditoria, nesse caso, o técnico integrará a equipe como **colaborador**.

Poderá, ainda, ser solicitada a participação de outro(s) componente(s) do SNA, caracterizando a atividade como **integrada**.

O segundo passo é a definição do período de execução da auditoria, contemplando as Fases Analítica, Operacional e Relatório.

Passaremos, então, ao desenvolvimento da fase analítica propriamente dita.

## **Fase Analítica**

A fase analítica é de fundamental importância para o sucesso da auditoria em sua totalidade e a sua execução criteriosa é fator preponderante para um bom resultado na fase operativa. Seu produto analítico deve ser substanciado e objetivo, de modo que forneça à equipe elementos para o bom desenvolvimento dos trabalhos na fase operativa.

O primeiro passo da fase analítica é a construção do plano de trabalho.

## Plano de Trabalho

Para elaborar o seu plano de trabalho, a equipe de auditoria deve considerar os seguintes aspectos:

### Os objetivos da auditoria

Estabelecer o foco da auditoria adequado ao alcance dos objetivos.

### O universo a ser auditado

Caso seja adequada ao objeto da auditoria a adoção de amostragem, deverão ser definidos os critérios e a extensão desta.

### Os documentos de referência

São considerados documentos de referência: relatórios, normas, legislação, instruções, manuais e outros.

### As fontes de informação necessárias para a auditoria.

Sistemas de informação, parâmetros adotados para o objeto analisado, indicadores, etc.

São exemplos de fontes de informação os seguintes sistemas informatizados do Ministério da Saúde, cuja consulta é imprescindível à prática das atividades do auditor.

- § Sistema de Informação Hospitalar (SIH);
- § Sistema de Informação Ambulatorial (SIA);
- § Sistema de Informação de Mortalidade (SIM);
- § Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Órteses, Próteses e Medicamentos do SUS (SIGTAP);
- § Sistema de Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

**Você sabia que a tabela possui mais de 4000 procedimentos? Ainda bem que existe um sistema para facilitar o seu manuseio. Acesse [www.sigtap.gov.br](http://www.sigtap.gov.br)**

- § TABWIN;
- § TABNET.

**Explore o site do DATASUS e conheça as suas funcionalidades: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)**

Além das seguintes ferramentas:

- § Instrumentos de Gestão: o Plano de Saúde, a Programação de Saúde e o Relatório de Gestão;
- § Informações locais;
- § Contratos;
- § Sítios de acesso a normas e legislações;
- § Fundo Nacional de Saúde (FNS).

**Que tal lembrarmos a regulamentação sobre os Instrumentos de Gestão e o Planejamento em Saúde, como 'tarefa de casa'?**

Quando a auditoria em questão tiver como objetivo os serviços ou os sistemas de saúde, é importante levantar dados sobre os seguintes aspectos:

### 1. Estrutura

- § Capacidade instalada: constituição da rede, instalações, área física e equipamentos;
- § Capacidade operacional: recursos humanos;
- § Organização dos serviços: horário de funcionamento, fluxos de atendimento.

### 2. Processo

- § Regulação do acesso, normas, rotinas e protocolos de atendimento;
- § Humanização da atenção ao cidadão;
- § Contratualização.

### 3. Resultado

- § Cobertura assistencial;
- § Demanda reprimida;
- § Indicadores de produção e epidemiológicos;
- § Resolubilidade dos serviços;
- § Satisfação do usuário.

## Comunicado de Auditoria

Já temos estruturado o que pretendemos analisar, como também os dados coletados dos sistemas e fontes de informação disponíveis, é hora de elaborar o Comunicado de Auditoria (CA), que tem por objetivo informar a realização e o período da auditoria.

O CA também pode ser utilizado para solicitar os documentos necessários para a fase analítica, bem como a relação dos que devem ser disponibilizados para consulta na fase operativa.

## Roteiro para coleta de dados

Agora que já temos um resultado analisado a partir das informações levantadas, a equipe estabelece as técnicas apropriadas para a coleta dos dados, ou evidências, e elabora os roteiros necessários, que podem ser listas de verificação, entrevistas, observação e outros.

Esse roteiro será utilizado na nossa próxima fase, a operativa.

Mas, antes de virar a página, só mais uma informação: algumas equipes trabalham com a elaboração do Relatório Analítico como produto da fase analítica, outras não têm formalizada essa etapa do trabalho.

De qualquer maneira, é importante que todas as informações levantadas durante a fase analítica sejam sistematizadas de alguma forma, ou por meio de um relatório, ou contempladas nos roteiros, ou simplesmente em anotações, a fim de que não se percam informações valiosas durante o cumprimento das fases da auditoria.

**Atividade 9 # Apresentação dos Sistemas de Informação em Saúde**

1. Participe da exposição dialogada sobre alguns dos Sistemas de Informação em Saúde importantes para as atividades de auditoria.
2. Após a exposição dialogada, vamos nos reunir em grupo para elencar quais informações deverão ser analisadas para subsidiar a auditoria programada.

DATASUS: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

SAUDELEGIS:

[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG\\_NORMA\\_PESQ\\_CONSULTA.CFM](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM)

SIGTAP: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

CNES: [cnes.datasus.gov.br](http://cnes.datasus.gov.br)

FUNDO DE SAÚDE:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36610](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36610)

SIOPS: [siops.datasus.gov.br](http://siops.datasus.gov.br)

IMPrensa NACIONAL: [www.in.gov.br](http://www.in.gov.br)

SNA: [sna.saude.gov.br](http://sna.saude.gov.br)

TABNET: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>

TABWIN (download):

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805>

SALA DE SITUAÇÃO: <http://189.28.128.178/sage/>

---

**Atividade 10 # Exercício de Análise das Informações de Saúde**

Consulte, em grupo, os relatórios/dados/informações extraídos dos Sistemas de Informação em Saúde elaborados para esse curso (Anexo II).

A atividade consiste em destacar, nas informações solicitadas, os aspectos para verificação na Fase Operativa.

---

**Atividade 11 # Exercício de redação das informações de saúde**

Retorne agora ao grupo para fazer uma redação com os aspectos relevantes das informações de saúde analisadas na atividade anterior – esse será o seu Relatório da Fase Analítica.

---

**Atividade 12 # Leitura do Relatório Analítico real**

Vamos fazer uma leitura em grupo do Relatório da Fase Analítica do caso real (Anexo III), confrontando com o relatório das análises elaboradas pelo grupo.

Depois disso, participe do debate em plenária sobre os pontos concordantes e discordantes entre o relatório do grupo e o relatório real.

---

**Atividade 13 # Elaboração do Roteiro da Visita**

Em grupo, elabore o Roteiro da Visita, que orientará os passos da Equipe de Auditoria no trabalho de campo, definindo quais pessoas serão entrevistadas, que documentos serão analisados, quais aspectos de estrutura, de processos e de resultados serão vistos,

levando em consideração o objeto e o foco da auditoria.

Vamos continuar nosso estudo sobre os processos da auditoria? Já trabalhamos como deve ser planejada a fase analítica. Vamos conversar um pouco sobre a fase operativa, também chamada fase *in loco*.

---

## Fase operativa

---

### **Atividade 14** # Dramatização da Visita

Vamos assistir uma visita de auditoria? A partir dos aspectos identificados na Fase Analítica para verificação na Fase Operativa, o grupo fará uma dramatização da visita, com duração de, no máximo, 30 minutos. Essa encenação deverá contemplar os seguintes aspectos: a apresentação da equipe, a verificação de documentos (prontuários, fichas de atendimento), entrevistas com usuários/denunciante, fechamento da visita com o gestor/diretor do hospital. A equipe será composta por três auditores, um deles fará o papel do auditor inadequado (o 'auditor mau'), outro será o 'auditor bonzinho' e o terceiro será o 'auditor adequado'.

Vamos combinar a apresentação de, no mínimo, as seguintes cenas:

Cena 1 – Reunião de apresentação da Equipe de Auditoria ao Gestor Municipal;

Cena 2 – Reunião de apresentação da Equipe de Auditoria ao Representante do Hospital;

Cena 3 – Equipe de Auditoria analisando documentos no Hospital;

Cena 4 – Equipe de Auditoria entrevistando o denunciante, depois os usuários;

Cena 5 – Reunião de fechamento da auditoria com a direção do Hospital e Gestor.

Após a dramatização, discutir em plenária os aspectos observados.

---

### **Ficará mais fácil e organizado se alguém se habilitar a ser o(a) diretor(a) de cena, ok?**

---

### **Atividade 15** # Leituras do texto da Fase Operativa

Após a dramatização da Visita, teremos um momento individual, fazendo a leitura do texto da Fase Operativa, para depois participarmos do debate em plenária.

Durante todo o trabalho de auditoria, o estabelecimento de boas relações com o auditado, é de suma importância para o sucesso da atividade, sendo a fase operativa o período de maior proximidade entre o auditado e a equipe.

Especial atenção deve ser dada à organização dos contatos com os auditados. O contato inicial deve ser por meio de comunicação formal como já vimos na fase analítica, período em que este é realizado.

---

### Texto Fase Operativa – Reunião Inicial

É importante que, quando da comunicação dos trabalhos, já se solicite a reunião com o(s) responsável(is) pelo setor/serviço/sistema que será auditado.

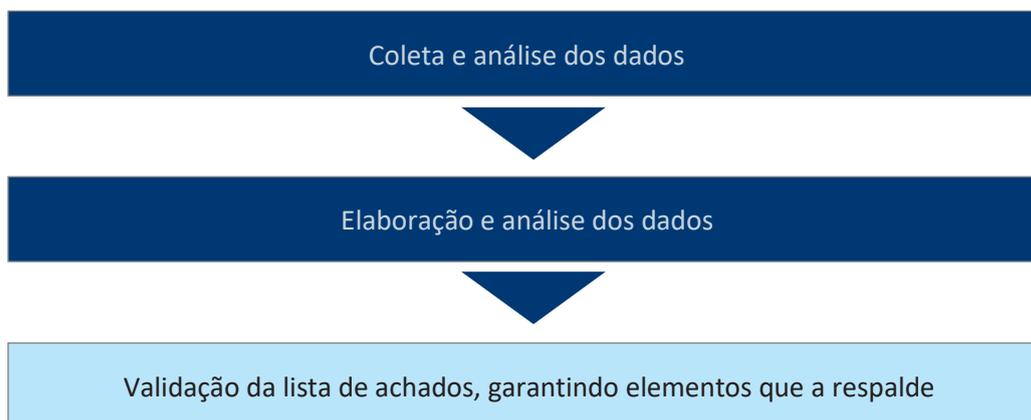
#### Como proceder na reunião com o setor/serviço/gestor do sistema?

Nessa reunião a equipe de auditoria se apresentará e esclarecerá os objetivos do trabalho para o representante da entidade auditada e sua equipe, de maneira breve e objetiva.

Após a apresentação dos trabalhos, a equipe solicita a disponibilização de espaço físico adequado aos trabalhos e estabelece, ou pactua, um cronograma para a realização das atividades. É importante ainda, solicitar o contato direto de pessoas-chave do serviço para auxiliar no fornecimento de outras informações, caso necessário.

De posse dessas informações, de nossos roteiros produzidos na fase analítica e definido o(s) local (is) dos trabalhos: mãos à obra!

As principais atividades da Fase Operativa são:



Devemos atentar, ainda, para os seguintes pontos:

- § Preencher os instrumentos de coleta de dados, mas não se ater só a eles;
- § Ser preciso nas anotações efetuadas;
- § Os documentos solicitados (relação de pessoal, notas fiscais, etc) devem ser originais ou cópias autenticadas;
- § Sempre que possível falar com as pessoas que executam as tarefas, não se restringindo somente à análise de documentos ou observação durante a visita;
- § Ouvir mais e atentamente e falar menos;
- § Não permitir que o auditado estabeleça o ritmo da auditoria;
- § Ficar atento às ações do auditado que perturbem o andamento da auditoria – interrupções frequentes, documentos não encontrados, pessoa-chave com atividade de última hora.

Durante a avaliação dos resultados da fase operativa serão certificadas todas as informações e os dados obtidos, incluindo as evidências objetivas que reforçam as anotações, a fim de evitar contestação. Caso não haja evidência objetiva para um achado, este poderá ser mencionado no relatório como 'observação', que mereça ser considerada. Este é o princípio que norteia o fato de que para cada distorção, impropriedade ou irregularidade, deve haver um padrão de normalidade (norma ou lei).

A essência da fase operativa é a busca de evidências que permitam ao auditor formar convicção sobre os fatos. As evidências são as informações que fundamentam os resultados de um trabalho de auditoria. A obtenção e a análise de dados é um processo contínuo, que inclui a coleta e a reunião de documentos comprobatórios dos fatos observados, cuja análise e interpretação têm como objetivo fundamentar o posicionamento da equipe de auditoria sobre os fatos auditados. As evidências validam o trabalho do auditor, sendo consideradas satisfatórias quando reúnem as características de suficiência, adequação e pertinência.

Consideram-se evidências as informações colhidas antes, durante ou após a auditoria. Para atender aos objetivos da atividade de auditoria, o auditor deverá reunir, na extensão necessária, os documentos/ fontes adequadas com vistas à obtenção de evidências qualitativamente aceitáveis e fundamentar, de forma objetiva, suas recomendações e conclusões.

## Tipos de evidência

As evidências podem ser de diferentes tipos, conforme Quadro 1 a seguir.

**Quadro 1** – Tipos de evidências.

<b>Física</b>	comprovável materialmente
<b>Documental</b>	comprovável pelos registros em papéis e/ou documentos
	fornece impressão ao auditor, não servindo de evidência de auditoria, pois não é objetiva suficientemente para embasar uma não conformidade. Esse tipo de evidência serve para alertar devendo o auditor procurar evidências comprováveis
<b>Admissível</b>	obtida pela declaração verbal. Entrevistar os usuários é parte importante nas auditorias operativas, oportunizando que estes se manifestem quanto à sua satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados

Toda documentação deve ser formalmente recebida e deve conter a assinatura do responsável. Dentre os aspectos fundamentais para análise de qualquer documento recebido pela auditoria deve-se verificar a autenticidade dos documentos, atentando para:

- § Ausência de rasuras ou emendas;
- § Características do papel e de sua impressão;
- § Acréscimo de letras, palavras ou frases em documentos digitados ou manuscritos;
- § Notas fiscais de outros estados sem visto dos postos fiscais;
- § Correto preenchimento e composição do prontuário médico;
- § Procedimento voltado para a comprovação das ações assistenciais e contábeis que, por exigências legais, comerciais ou de controle são evidenciadas por documentos comprobatórios.

## Técnicas de Auditoria

Durante a visita às unidades prestadoras de serviço procura-se verificar os fatos que estão sendo auditados, o cumprimento de normas e rotinas estabelecidas e também a qualidade, propriedade e efetividade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS, avaliando a execução dos programas, contratos, convênios e instrumentos congêneres.

Na busca de evidências são utilizadas as seguintes Técnicas de Auditoria:

**1. Exame Físico:** verificação no local, permitindo ao auditor formar opinião quanto à existência física de objeto ou item a ser examinado, possui as seguintes características:

- § Existência física – comprovação visual da existência do item;
- § Autenticidade – discernimento da fidedignidade do item;
- § Quantidade – apuração adequada da quantidade física;
- § Qualidade – comprovação de que o objeto examinado está em perfeitas condições de uso.

**2. Circularização:** ou confirmação externa, é uma prova de auditoria obtida como resposta direta que o auditor recolhe de uma terceira entidade (a entidade que confirma os dados), sob forma de papel, sob forma eletrônica ou por qualquer outro meio. Consiste na obtenção de declaração formal de pessoas não ligadas à entidade auditada, de fatos relativos a operações realizadas pela entidade. O fato de as pessoas de quem as declarações são obtidas não serem ligadas, isto é, não terem interesses a proteger perante a entidade auditada, permite que as informações sejam fornecidas com isenção e possibilitem, portanto, um maior grau de confiança. De posse das respostas, faz-se o confronto com os registros contábeis, para ter uma visão da verdadeira situação da rubrica. Havendo divergências entre os registros, caberá ao auditor caracterizar esses pontos e desenvolver ações investigativas para encontrar os números verdadeiros e o que deu causa às diferenças. É claro que, por si só, a circularização não constitui prova documental capaz de caracterizar fraudes, já que ela é, apenas, uma ferramenta utilizada pelos auditores em suas análises investigativas. Entretanto, os resultados que ela possibilita podem, perfeitamente, identificar situações que levem a provas documentais que caracterizem uma fraude. A obtenção de confirmações externas é um procedimento geralmente usado no âmbito da auditoria das demonstrações financeiras, podendo ser bastante útil para obter prova de relativa a asserções das demonstrações financeiras em áreas, tais como: contas a receber ou a pagar, bancos, depósitos de clientes e outros passivos, investimentos, garantias, passivos contingentes, transações, etc.

**3. Exame da Documentação Original:** trata-se de procedimento voltado para a comprovação de transações que, por exigências legais, comerciais ou de controle, são evidenciadas por documentos comprobatórios destas transações. Atentar para autenticidade, normalidade, aprovação e registro.

**4. Conferência de Somas e Cálculos:** quando os valores auditados devem ser conferidos pelo órgão/entidade, é de grande importância que sejam reconferidos.

**5. Entrevistas:** consiste na formulação de perguntas e obtenção de respostas adequadas e satisfatórias. Esse procedimento deve ser bem aplicado, evitando-se questionamentos desnecessários, não objeto da auditoria. Recomenda-se que sua aplicação seja efetuada por Auditor que tenha razoável conhecimento do órgão/entidade e da área sob exame. As respostas podem ser obtidas por meio de declarações formais ou informais. Ressalte-se que toda informação obtida deve, dentro do possível, ser examinada, constatando-se sua efetiva comprovação e veracidade.

**6. Exames de Livros e Registros Auxiliares:** tais registros constituem o suporte de autenticidade dos registros principais examinados. O uso dessa técnica deve sempre ser conjugado com o de outras que possam comprovar a fidedignidade do registro principal. Porém, há sempre o perigo de que esses registros não sejam autênticos, que eles tenham sido apressadamente preparados com a única finalidade de apoiar dados incorretos.

**7. Exames dos Lançamentos Contábeis:** é o procedimento usado pela auditoria para constatação da veracidade das informações contábeis, fiscais, etc., além de possibilitar levantamentos específicos

nas análises, composição de saldos, conciliações, etc.

**8. Correlação entre as Informações Obtidas:** durante a realização do trabalho, o auditor executará serviços cujas informações estarão relacionadas com outras áreas de controle do auditado. À medida que for observado este inter-relacionamento, o auditor efetuará o procedimento de correlação.

**9. Observação das Atividades:** é a técnica mais característica da auditoria, pois envolve o poder de constatação visual do auditor. Esta técnica pode revelar erros, problemas ou deficiências através de exames visuais, e é uma técnica dependente da argúcia, conhecimentos e experiências do Auditor, que, colocada em prática, possibilitará que sejam identificados quaisquer problemas no item em exame. A observação é, talvez, a mais generalizada de todas as técnicas de auditoria. Ela não se aplica à verificação específica de problemas, da forma que o fazem a circularização ou a conferência de cálculos, sendo, ao contrário, de alguma utilidade em quase todas as fases do exame e não devendo jamais ser omitida/negligenciada.

#### ATENÇÃO

Durante a execução do trabalho, caberá ao auditor estar atento sobre a melhor forma de obtenção das provas necessárias ao seu trabalho, captando informações consideradas válidas e satisfatórias e avaliando, de imediato, todas as provas e informações obtidas no decorrer dos exames.

A prática adequada dessas técnicas, conjugada com os objetivos traçados, permitirá ao auditor executar o programa de auditoria de acordo com seus objetivos e com a segurança necessária e inerente à sua atividade.

## Reunião de Fechamento

Agora que já terminamos de coletar todas as evidências necessárias à conclusão dos trabalhos, utilizando as técnicas adequadas e atentando para os tipos existentes de evidências, vamos proceder ao último passo da nossa visita.

Como encerramento da visita, ao final dos trabalhos em campo, a equipe de auditoria deverá fazer uma reunião de fechamento com o responsável pelo órgão auditado e sua equipe, apontando as distorções para as quais cabe a correção imediata (orientações) e as conformidades e não conformidades julgadas pertinentes de serem abordadas, segundo critério da equipe de auditoria.

Como exemplo, citamos: a relevância em se ressaltar a melhora de um indicador, a constatação de falta de medicamentos essenciais, ou falta de contrapartida no financiamento, seguida pela orientação ao gestor quanto ao uso indevido de recursos que porventura esteja ocorrendo por falta de conhecimento.

## Fase do relatório

Estamos na reta final da nossa auditoria! A fase de relatório materializa todo o trabalho da equipe, desenvolvido nas fases anteriores. Então, vamos descobrir o que é preciso fazer nesta etapa, para concluir o trabalho com 'chave de ouro'?

Inicialmente, faremos uma revisão e organização do que foi visto na Fase Analítica e na Fase Operativa, para dar início à elaboração do relatório.

**Atividade 16** # Elaboração da lista de achados

Em grupo, considerando as atividades realizadas no Módulo 3 – Fase Analítica e o que foi apresentado na dramatização da visita, vamos elaborar uma lista de achados. O grupo pode ainda simular os prováveis achados, caso não consiga elencá-los a partir da dramatização.

E então... apresente em plenária a sua lista de achados!

---

**Atividade 17** # Leitura do texto de apoio da Fase do Relatório

Antes de iniciar a redação dos relatórios dos grupos, faremos uma leitura em plenária das principais características dos relatórios de auditoria.

---

Texto de apoio – Fase do Relatório

Os resultados dos trabalhos de uma auditoria são consubstanciados no Relatório de Auditoria, que deve ser elaborado tempestivamente para permitir que as ações preventivas/corretivas/saneadoras recomendadas sejam levadas ao conhecimento do auditado ou outros órgãos/autoridades em tempo hábil e diligenciadas as providências.

O relatório de auditoria deverá seguir um padrão, mas poderá admitir, se necessário, adaptações para a interpretação e avaliação dos trabalhos.

## Estrutura do relatório

O relatório deverá conter as informações quanto às ações, fatos ou situações observadas, que, por sua vez, deverão estar reunidas em:

- § Escopo e objetivo da auditoria;
- § Identificação da equipe de auditoria;
- § Identificação da instituição auditada;
- § Data da auditoria;
- § Documentos auditados e/ou relacionados;
- § Descrição das não conformidades encontradas;
- § Apreciação/conclusão das auditorias quanto à importância das não conformidades detectadas e sua influência na efetividade do sistema ou serviço;
- § Sugestões de encaminhamentos do relatório.

## Características do relatório

Devido à responsabilidade e importância que representa o relatório de auditoria, sendo o documento formal e técnico que relata os dados obtidos e traduz as análises efetuadas sobre o desempenho do auditado, faz-se necessário que ele reúna atributos que garantam a sua qualidade, tais como:

**Coerência:** assegurar que os resultados da auditoria correspondam aos objetivos da mesma.

**Oportunidade:** deve ser emitido em tempo hábil, a fim de que as providências necessárias sejam tomadas oportunamente.

**Convicção:** relatar de forma consistente as constatações e evidências permitindo que qualquer pessoa chegue às mesmas conclusões às quais chegou a equipe de auditoria.

**Integridade:** conter todos os fatos relevantes constatados que levaram à conclusão.

**Apresentação:** não conter rasuras e seguir as regras de ortografia.

**Objetividade:** conter apenas informações relevantes para elucidação dos fatos auditados, com linguagem direta. Evitar o uso excessivo de adjetivos e emprego de termos que contenham em si só juízo de valor.

**Clareza:** linguagem clara, a fim de que o leitor, ainda que não versado na matéria, entenda facilmente o que se quer transmitir, sem necessidade de explicações adicionais.

**Conclusão:** conter objetivamente a análise final em decorrência das constatações de conformidades e não conformidades.

## Etapas do relatório

Nos casos em que haja somente constatações de conformidade, o relatório será finalizado.

Nos casos em que haja uma ou mais constatações de não conformidade, será encaminhado formalmente relatório preliminar para que o auditado possa apresentar justificativas, com prazo estabelecido para manifestação. Após análise das justificativas do auditado, ou findado o prazo sem manifestação, o relatório será finalizado.

Vamos aprender, então, como ocorrem as etapas desse processo.

### 1. Relatório Preliminar

Aqui está um formato de relatório preliminar utilizado pelo SNA

- a) **Dados básicos** – Identificar o auditado, CNPJ, endereço, e dirigentes com CPF, cargo e período de exercício. Identificar a equipe e as fases da auditoria.
- b) **Introdução** – Identificar a demanda com finalidade, período de abrangência e unidade(s) auditada(s). Deve conter ainda um breve relato dos objetivos do trabalho e as razões de sua realização.
- c) **Metodologia** – Descrever os procedimentos e técnicas adotados para realização das fases analítica e operativa, compreendendo os instrumentos utilizados (questionário, entrevista etc.), a divisão do trabalho e as formas de tabulação e tratamento dos dados.
- d) **Fase operativa** – Descrever os itens abaixo para cada constatação.
- e) **Constatação** – Afirmção elaborada com base nas evidências verificadas, observando a conformidade ou não conformidade, de acordo com as normas e padrões estabelecidos.
- f) **Evidência** – Fato objetivo, registro, depoimento ou documento, que comprove a ocorrência ou não de determinada atividade ou situação, e que permita formular constatações. A fundamentação legal deve constar do teor da evidência. A finalidade

da evidência é a obtenção de elementos suficientes para sustentar a emissão do parecer, para permitir ao auditor chegar a um grau razoável de convencimento da realidade dos fatos e situações observadas, da veracidade da documentação, da consistência da somatória dos fatos e fidedignidade das informações e registros gerenciais para fundamentar suas constatações.

- g) **Fonte de evidência** – Conjunto de provas que dá materialidade à evidência e à constatação.
- h) **Responsável** – Pessoa física que, direta ou indiretamente, foi a responsável pela ação ou omissão que deu origem à constatação de não conformidade.

## 2. Notificação dos responsáveis

Conforme o direito constitucional ao contraditório e de acordo com a regulamentação do SNA, caso o relatório de auditoria constate qualquer irregularidade, deverá ser assegurado o direito de ampla defesa do auditado, o que ocorrerá em um prazo de 15 (quinze) dias a partir do recebimento do relatório, prorrogável por mais 15 (quinze) dias

Desse modo, após a elaboração do relatório preliminar, a equipe encaminha o mesmo para a chefia do serviço, que procederá à notificação do(s) auditado(s). Na notificação, poderá ser esclarecido o direito e citada a sua regulamentação.

Caso não seja possível entregar a notificação ao gestor/responsável pela unidade auditada, haverá a publicação em Diário Oficial para garantir o amplo direito de defesa dos notificados.

**Que tal conferir a regulamentação? Pesquise o artigo 5º da CF/1988, Decreto nº 1651/1995 e Portaria GM nº 743/2012.**

Precisamos ter em mente que este relatório deverá conter apenas as constatações de conformidades e não conformidades, acompanhado da planilha de ressarcimento, se couber, e da planilha de qualificação dos responsáveis. Além disso, deve estar anexado o expediente que estabelecerá os fluxos e os prazos para que o mesmo apresente suas justificativas quanto às constatações da auditoria.

## 3. Apresentação das justificativas

O relatório de auditoria somente estará completo após a análise criteriosa das justificativas apresentadas e consequente elaboração das conclusões. Essa etapa deverá ser realizada pela equipe que realizou a auditoria, devido ao nível de conhecimento necessário ao desenvolvimento da ação. Quando não for possível, poderá ser feita por outros técnicos do setor.

## 4. Relatório Final

Após a análise das justificativas, a equipe considera ou não a manifestação do auditado e finaliza o relatório, que deverá conter, além da íntegra do relatório preliminar, as justificativas, análises, recomendações e conclusão.

Aqui está um formato de relatório final utilizado pelo SNA

- a) **Relatório preliminar** – Cópia dos itens elaborados no relatório preliminar.
- b) **Justificativa** – Transcrição da manifestação do auditado em função das constatações de não conformidades.
- c) **Análise da justificativa** – Manifestação da equipe de auditoria acatando ou não as justificativas apresentadas pelo auditado. Em caso de não acatamento, total ou parcial, são emitidas recomendações.
- d) **Recomendação** – Providência pertinente para superar ou minimizar a constatação de não conformidade, contemplando a fundamentação legal.
- e) **Destinatário da Recomendação** – Pessoa Jurídica que tem a atribuição de cumprir a legislação e sanar a impropriedade ou irregularidade.
- f) **Conclusão** – Resumo objetivo de toda a situação encontrada.

A auditoria é, então, encerrada.

Mas....

No caso de o auditado, transcorrido o prazo estabelecido, não apresentar justificativas, encerra-se o relatório com as informações apresentadas no relatório preliminar, acrescentando-se as recomendações e a conclusão.

#### IMPORTANTE

A qualquer momento, porém, o auditado pode apresentar justificativas por não acatar o conteúdo do relatório ou por apresentar novas justificativas. Nesses casos, será elaborado um relatório complementar.

## 5. Encaminhamentos e acompanhamentos

Após o encerramento da auditoria, encaminha-se o relatório final ao gestor estadual de saúde (caso seja essa a abrangência), ao gestor municipal e à unidade auditada, às instituições que solicitaram a auditoria e ao conselho de saúde respectivo, bem como aos conselhos de classe, caso seja necessário, e ao Ministério Público Federal e Estadual, conforme o Decreto nº 1.651/1995, art. 3, inciso III.

Após o período determinado pelo setor de auditoria, deverá ocorrer o acompanhamento e a avaliação da implantação das ações corretivas propostas no relatório. O acompanhamento levará em conta:

- § A resposta escrita do auditado sobre a implantação da ação corretiva e sua efetividade;
- § A confirmação/comprovação de que a ação corretiva foi implantada e se mostrou efetiva, conforme programado, por meio de ações de supervisão ou acompanhamento continuado por período determinado, quando for o caso.

Se houver persistência das distorções e/ou impropriedades, deverá haver notificação aos órgãos competentes de forma a desencadear outras medidas corretivas, como Ministério Público, para conhecimento e providências como um 'Termo de Ajuste de Conduta', o Ministério da Saúde e/ ou Secretarias Estaduais/Municipais para conhecimento e providências como revisão de contratos, suspensão de repasses e outros, ao Conselho de Saúde e demais colegiados, para o exercício do controle social.

## 6. Considerações Finais

Compete ao SNA emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para instruir processos de ressarcimento ao Fundo de Saúde, referentes aos valores apurados em seus relatórios de auditoria, bem como encaminhar cópias de todos os documentos coletados durante o processo de auditoria que comprovarem a necessidade de ressarcimento.

O relatório de auditoria deve cumprir seu ensejo na prevenção/correção de possíveis irregularidades ou situações de risco na execução das ações e serviços de saúde no SUS.

Para tanto, todas as não conformidades constatadas devem gerar recomendações de ações corretivas. As críticas, quando pertinentes, devem ser dirigidas aos fatos, nunca às pessoas.

Deve ainda possuir sequência lógica e linguagem compatível com sua complexidade, mas também com o seu objetivo de atingir a todas as instâncias interessadas em conhecê-lo.

## O SISAUD/SUS

O DenaSUS instituiu uma ferramenta informatizada, o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), que permite, entre outras ações, o acompanhamento das auditorias em todo o território nacional.

O SISAUD/SUS tem por objetivo geral a padronização e a sistematização do acompanhamento, controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais que se habilitarem ao uso do sistema.

**Que tal conferir a regulamentação? Pesquise a Portaria GM nº 1467/2006.**

É uma ferramenta informatizada, voltada para a integração das informações referentes às atividades de auditoria no Sistema Único de Saúde que permite, além do acompanhamento das auditorias; a identificação da força de trabalho disponível no SNA; a normatização dos instrumentos utilizados, tais como: relatórios, roteiros, notas técnicas, constatações, recomendações, glosas; a facilidade de trabalhos integrados; a unificação de demandas, inclusive denúncias; o registro eletrônico dos resultados das auditorias com assinatura eletrônica; o registro de atividades mediante programação da equipe; a facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório; além de um sistema 'mensageiro' para agilizar a comunicação de todos os usuários do sistema.

**Pelo sítio <http://sna.saude.gov.br/sisaudsus.zip> pode ser acessada uma demonstração de 3 minutos do sistema que permite melhor detalhamento.**

---

### Atividade 18 # Elaborar o Relatório Preliminar de Auditoria

Agora é hora de produzir o resultado do nosso trabalho. A partir das análises dos Sistemas de Informações em Saúde, efetuadas na Fase Analítica, e da lista de achados feita na Fase Operativa, elabore em grupo, no mínimo, cinco constatações da auditoria. Cada Constatação deve ter: o enunciado principal, as evidências, as fontes de evidências e os responsáveis (no caso de não conformidade).

O grupo deve elaborar, ainda, os Dados Básicos, a Introdução e a Metodologia, não esquecendo que a Conclusão só pode ser feita após a manifestação do auditado sobre o Relatório Preliminar.

---

**Atividade 19** # Leitura do Relatório de Auditoria real, comparando com o Relatório Preliminar de Auditoria do grupo

Agora, reunidos nos grupos, faremos a leitura do Relatório da Auditoria real (Anexo IV) confrontando com o Relatório Preliminar elaborado pelo grupo, nessa leitura tentaremos destacar as semelhanças e diferenças entre eles.

Lembre-se de definir os encaminhamentos do Relatório Final da Auditoria.

---

**Atividade 20** # Apresentação da comparação entre os relatórios

Finalizada a atividade anterior, apresentaremos, em plenária, o Relatório do grupo e as comparações com o Relatório de Auditoria real, destacando as constatações do grupo e as principais semelhanças/diferenças entre os dois relatórios.

---

**Atividade 21** # Filme “A Criatividade de todos nós”

Que tal ampliarmos o nosso horizonte de trabalho aprendendo sob os diversos ângulos de visão neste vídeo?

Disponível em [https://www.youtube.com/watch?v=-QVII\\_R4by4](https://www.youtube.com/watch?v=-QVII_R4by4)

---

**Atividade 22** # Exposição comentada do SISAUD/SUS

O Relatório da Auditoria foi elaborado no SISAUDSUS – Sistema de Informações de Auditoria do SUS. Vamos conhecer algumas funcionalidades desse programa, que uniformiza o trabalho de auditoria no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria – SNA.

Disponível em <http://sna.saude.gov.br/sisaudsus.zip>

Aproveite a oportunidade para mostrar outros modelos de relatório de auditoria que você conhece.

---

**Atividade 23** # Mesa Redonda

1. Eleger um representante de cada componente.  
Com base na vivência de cada auditor fazer uma fala (10 minutos por componente) conforme roteiro a seguir – tempo total: 30 min.  
Federal: como se dá a integração com os demais componentes (construção de uma agenda conjunta).  
Estadual: desafio da regulação.  
Município: desafio da atenção básica.
  2. Perguntas orientadoras para o coordenador da mesa (docente) com foco na organização local da auditoria/gestão, conforme sugestão a seguir – tempo: 30 min (resposta dos componentes – 10 min por ente).
    - Como integrar auditoria e ouvidoria?
    - Como integrar e organizar o SNA?
    - Quais são as maiores demandas?
    - Como os resultados das auditorias podem contribuir para a gestão?
  3. Plenária (3 min para cada aluno – assunto livre); 30 min – 1º bloco de pergunta.
-

Chegamos ao fim! O tempo foi curto, mas nosso objetivo foi apenas dar uma noção geral da auditoria no SUS: sua inserção legal e institucional, os princípios éticos que regem o trabalho na auditoria e um breve passo a passo do seu processo de trabalho.

Agora vamos aproveitar o tempo restante para revisar o que foi visto, em plenária, buscando esclarecer conceitos e dificuldades nas atividades realizadas, dirimindo assim as dúvidas que ainda persistam com os colegas e monitores.

**ATENÇÃO**

Todos os anexos da UA2 Auditorias do SUS estão disponíveis para *download* no site da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública no endereço abaixo:

**<http://rededeescolas.ensp.fiocruz.br/node/314>**

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>> Acesso em: 12 ago.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, e dá outras providências. Brasília, 1993. Brasília, Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 12 out. 1995.

Brasil - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS, Ministério da Saúde, Brasília/DF, 2ª Edição, 2009 – Portaria nº 3.027, de 26 de novembro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Art. 4º. A Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z. 3ª Edição, 3ª Reimpressão. Brasília – DF 2011.

BRASIL. Auditoria do SUS: orientações básicas/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_ Lei Nº 8.429, de 2 de junho de 1992. Presidência da República – Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

\_\_\_\_\_ Decreto Nº 1.171 de 22 de junho de 1994. Presidência da República – Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos.

\_\_\_\_\_ Portaria/GM nº 2.046, de 03 de setembro de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. 1. Ed. – Brasília, 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção para Entender a Gestão do SUS: Vol 10 – Regulação. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Fazenda. Secretaria Federal de Controle Interno. Instrução Normativa nº 01, de 06 de abril de 2001.



