

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 20 – AUDITORIA EM SAÚDE

Célia Regina Schmidt

Cirurgiã-dentista, Especialista em Periodontia, Odontologia Legal, Auditoria e Controladoria no Setor Público; Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP-UNICAMP; Cirurgiã-Dentista da Auditoria em Saúde da prefeitura de Cuiabá-MT.

Andrea Ferreira Caria Buges

Enfermeira e Fisioterapeuta, especialista em urgência e emergência e regulação, especialista em saúde pública e mestre em Odontologia em saúde coletiva pela FOP/UNICAMP, Atua na Auditoria e Regulação da Prefeitura Municipal de Londrina/PR.

Denise de Fátima Barros Cavalcante

Cirurgiã-dentista, Especialista em Saúde Coletiva, Ex Secretária de Saúde e coordenadora de Saúde Bucal de Condado e Limoeiro- PE, Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva da FOP UNICAMP.

Marcelo de Castro Meneghim

Cirurgião-dentista, Mestre e Doutor em Odontologia Social pela FOA UNESP, Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP.

Objetivo do Capítulo

Fomentar e desvendar a ferramenta propositiva da Auditoria que apresenta um conjunto de padrões elaborados para facilitar a ação do auditor em situações de rotina do trabalho. Assim, desencadeando um processo de sistematização das práticas de auditoria, a gestão Pública utiliza-se desse instrumento para o Controle e Avaliação das suas ações. Destarte, vislumbra-se neste capítulo, mostrar ao leitor as dimensões alcançadas pela Auditoria desde a sua raiz.

Conteúdo Programático:

- Introdução;
- Conceitos e definições de Auditoria;
- Histórico;
- Auditoria em sede administrativa pública;
- Tipos de Auditoria em Saúde;
- Auditoria Odontológica no SUS;

- Auditoria assistencial ou clínica;
- Auditoria ambulatorial e especializada;
- Auditoria nas internações hospitalares;
- Perfil do Auditor/implicações éticas;
- Relatos de Experiências em Auditoria;
- Considerações finais;
- Referências

Leitura Obrigatória:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 48p.

Leitura Complementar:

Brasil. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56p.

1 – INTRODUÇÃO

No funcionamento das organizações há necessidade de controle, interno e externo, tanto no setor público quanto privado. O controle é uma das cinco funções universais da Ciência da Administração, a saber: prever, organizar, comandar, coordenar e controlar (Da Silva, 2002).

As atividades de controle, avaliação e auditoria são nuances de uma mesma prática, pertencem a uma mesma área de atuação, com a mesma finalidade, e compõem o Sistema de Controle de uma organização.

Verificando a situação da saúde e a legislação vigente o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – DENASUS elaborou Normas e Manuais Técnicos sobre Auditoria. A importância da mesma reside na aferição do cumprimento das normas e itens contratuais entre empresas, credenciados e usuários (setor privado) e a legalidade e efetividade dos programas de governo na aplicação dos recursos públicos dentro dos princípios da administração pública (setor público).

O estabelecimento do Sistema Nacional de Auditoria – SNA funciona como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional. Este é executado em cooperação com os Estados, Distrito Federal e municípios. A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como um importante instrumento para a manutenção e o desenvolvimento do SUS (Brasil, 1990).

2 – CONCEITOS E DEFINIÇÕES DA AUDITORIA

O trabalho de Auditoria contribui gerando credibilidade perante a opinião pública em relação às demonstrações e relatórios publicados. O Dicionário Houaiss (Grande..., 2011) apresenta, entre outros significados, auditoria como “processo de exame e validação de um sistema, atividade ou informação”; etimologicamente o termo Auditoria provém do latim *audire* (ouvir) o que evidencia a necessidade do auditor de “ouvir”, acompanhar a entidade através de exames críticos e cuidadosos visando à elaboração de um parecer. Isso é corroborado por Llanos Zavalaga (2000), o qual refere que, antigamente, o auditor era a pessoa que aprendia a escutar judicialmente os casos de audiência da corte.

A auditoria tem importância singular quanto ao aspecto de verificar a eficácia e eficiência das rotinas e procedimentos administrativos exercendo “funções preventivas, saneadoras e moralizadoras, a fim de confirmar a veracidade dos registros e a confiabilidade dos comprovantes...” (Santos et al., 2006).

Caleman et al. (1998) assinalam que o termo *audit* foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck. Sua finalidade era avaliar a qualidade dos processos e resultados desses serviços, através da observação direta do registro e da história clínica do usuário. Na saúde a importância da auditoria foi reconhecida ao estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria – SNA que define auditoria:

Definição de Auditoria, segundo o SNA (Sistema Nacional de Auditoria)

Análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais praticados por pessoas físicas e jurídicas (Brasil, 1995).

A atividade de auditoria, no SNA, implica não apenas o fornecimento de subsídios para a gestão no campo da saúde, mas também na responsabilização (*accountability*) dos gestores pelos atos administrativos. Assim, auditoria em saúde envolve dimensões não apenas de ordem administrativa, organizacional e técnica, mas também ética, política e social.

A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como uma ferramenta importante para a manutenção e o desenvolvimento do SUS. O objetivo é fornecer subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a *accountability* dos gestores nos atos administrativos. Essa auditoria procura resguardar a qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados pelo SUS, visando, ainda, à preservação do uso adequado do dinheiro público (Melo, 2007).

A *accountability* é denominada prestação de contas, onde a atividade de auditoria atua. A figura abaixo mostra a ação da auditoria na prestação de contas da gestão pública (Brasil, 2012b).



Figura 1: Sistemática de Accountability.

Fonte: Brasil, 2012b.

Analisando a Figura 1 pode-se considerar, no setor público, que o principal delegante de recursos é a sociedade, pois a Constituição Federal de 1988 diz que todo poder emana do povo. Na outra ponta, encontram-se aqueles que recebem os recursos públicos para aplicarem em benefício de toda a sociedade, que são os delegados ou agentes, representados pelos governadores, prefeitos, presidente da república e demais agentes (gestores) que recebem e utilizam recursos públicos (Brasil, 2012b).

O resultado da *accountability* se faz importante através do controle social, sinalizando articulações consolidadas do Estado com instituições da democracia representativa; fortalecimento das capacidades institucionais do Estado; e difusão e socialização da informação visando, sempre, à transparência governamental e êxito nos programas implantados (Anastasia, 2000).

Nos serviços de saúde, a avaliação que também é um sistema de controle interno tem sua utilização mais consolidada, constituindo-se como instrumento para aperfeiçoamento dos programas e serviços em saúde, permitindo compreender seu funcionamento e sugerindo melhores alternativas. Por sua vez, o emprego da auditoria, além de ser recente e, em certas situações, incipiente, tem sido adotado em diversos sentidos, ampliando-o a uma concepção de análise e verificação de serviço ou programa ou vista apenas como *uma análise de aspectos financeiros*. Atualmente, o campo da auditoria tem assumido, além da análise técnica em saúde, a função de reorientação nos processos de gestão (Camacho e Rubin, 1996).

A auditoria é um sistema de revisão de controle que informa a administração sobre a eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento. Sua função não é somente indicar os problemas e as falhas, como também, apontar sugestões e soluções, assumindo um caráter eminentemente educacional (Chiavenato, 1985).

O moderno conceito de Auditoria, a define como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação da gestão.

Em se tratando da Auditoria em sede administrativa pública de Saúde, existe uma questão ética que permeia a necessidade da destinação correta dos recursos públicos, a definição das prioridades e a garantia do acesso do cidadão aos serviços de saúde. Lembrando que o “Direito à Saúde”, mais do que uma questão prevista no texto constitucional, é uma questão de Direitos Humanos Fundamentais, posto que se confunde com o próprio Direito à Vida. A Auditoria é uma ferramenta preciosa para o gestor na garantia deste direito.

	Auditoria Independente Externa	Auditoria Interna Operacional	Auditoria de Fazenda (Federal, Estadual e Municipal)
Finalidade	Principalmente, emitir parecer sobre a adequação das demonstrações contábeis	Promover melhorias nos controles operacionais e na gestão de recursos	Evitar a sonegação de tributos
Relatório Principal	Parecer do Auditor independente	Recomendação para melhorias nos controles internos e eficiência administrativa	Relatório de fiscalização no Auto de Infração
Usuário de Trabalho	A empresa e o público em geral	A empresa	Poder público
Responsabilidade	Profissional, Civil e Criminal	Trabalhista	Poder Público

Figura 2: Tipos e características da Auditoria.
Fonte: Viegas, 2015.

3 – HISTÓRICO

O surgimento da auditoria é incerto quanto à data havendo divergências entre autores da área, todavia, há unanimidade na afirmação de que as primeiras auditorias tinham por objetivo assegurar aos proprietários das entidades que os controles das contas estavam sendo efetuados de maneira correta, ou seja, a auditoria surgiu como técnica contábil de subsídio à verificação da adequação do controle do patrimônio.

Saiba Mais:

No início do século XX o médico George G. Ward, nos Estados Unidos, descreve a importância da verificação da qualidade da assistência prestada ao paciente através dos registros em seu prontuário. Aparece a figura do “Auditor Hospitalar”, atuando no controle dos documentos do atendimento, no prontuário, e na análise dos principais indicadores hospitalares, apoiando medidas gerenciais da entidade (Lara, 2009).

No final dos anos setenta, no Brasil, não havia auditorias diretas em hospitais, as atividades de auditoria se restringiam a apurações em prontuários, realizadas pelos supervisores do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Depois as ações de auditoria passam a ser executadas visando ao Controle Formal e Técnico das Guias de Internações Hospitalares – GIH. Em 1978, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS centralizava a prestação de assistência médico-hospitalar à população ofertada por intermédio de prestadores de serviços, públicos e privados, contratados ou conveniados com o governo federal.

A implantação do sistema de pagamentos via “AIH” (SAMHPS) a partir de 1981, foi acompanhada pela criação dentro do nível federal um Sistema de Auditoria, ancorado em bases políticas, éticas e técnicas: Norma política: Plano de Reorientação da Assistência à Saúde – CONASP; Norma Ética: Resolução CRM-PR posteriormente referendada pelo CFM: “A Auditoria Médica e suas Implicações Legais”; Normas Técnicas: Manual do SAMHPS e Manual de Auditoria Médico-Assistencial (Brasil, 2015).

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA previsto no artigo 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, é como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional, sob competência do Sistema Único de Saúde – SUS e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. Somente em 1995 houve a regulamentação pelo Decreto n.º 1.651.

4 – AUDITORIA EM SEDE ADMINISTRATIVA PÚBLICA

Segundo Vale (2001), a auditoria governamental envolve uma situação atípica, haja vista as peculiaridades do setor público que prima pela necessidade de se comprovar a legalidade, legitimidade e avaliar os resultados, quanto à economicidade, eficiência e eficácia da gestão pública, sendo o objetivo a gestão dos recursos públicos, cujas principais características são a propriedade pública e a escassez de recursos, pois decorrem de contribuições da população para custear bens e serviços que satisfaçam suas necessidades. A auditoria é uma imposição constitucional, de acordo com o artigo 70 da atual Constituição Federal:

A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e

renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder (Brasil, 1988).

O Sistema Único de Saúde – SUS foi legitimado na Constituição de 1988, sendo assegurado o acesso universal como um direito de todo o cidadão brasileiro. A Lei Orgânica n.8.080/1990, que regulamenta o SUS, estabelece 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 (Brasil, 1988).

4.1 – BREVE RELATO SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A crescente demanda da população no Brasil originou transformações desde a metade da década de setenta e oitenta com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira até a Constituição Federal – CF de 1988 (Brasil, 1988).

Antes da CF o Ministério da Saúde responsabilizava-se pelas ações preventivas e o Ministério da Previdência pela prestação dos serviços curativos. Esses serviços eram direcionados somente aos trabalhadores com carteira registrada e que contribuíam com o Ministério da Previdência Social (Brasil, 2000a).

O Sistema Único de Saúde – SUS vem se consolidando ao longo desses vinte anos, fruto do acúmulo de embates políticos e ideológicos travados por diferentes atores sociais, nos diversos momentos históricos de nosso país. A sua formação teve como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, realizada em Brasília, em 1986, importante na formulação das propostas de mudanças do setor saúde. Esse documento serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, durante a elaboração da CF de 1988, que assim define, no Art. 196 que “... saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Assim, em 1990, a partir da constituição citada originou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e 8142/90), a qual trouxe a tona os princípios Doutrinários e Organizativos.

Inserido no contexto da CF o Art. 197 prevê a regulação, fiscalização e controle do Estado no caso de participação da iniciativa privada na assistência à saúde. O Art. 198 caracteriza o SUS como “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Dos princípios doutrinários do SUS cabe citar: universalização, equidade e integralidade; e os organizativos: regionalização e hierarquização, descentralização e a participação popular.

A CF de 1988 consagrou uma conquista social através do SUS que representa a materialização de um novo conceito acerca de saúde pública no Brasil. O que era entendido como ‘o Estado de não doença’ com a preocupação da cura de agravos e doenças, deu lugar à prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2000a).

A saúde passou a ser relacionada com a qualidade de vida da população, com ênfase na alimentação, trabalho, nível de renda, educação, meio ambiente, saneamento básico, vigilância sanitária e epidemiológica, lazer, moradia, etc. Caracterizou-se, portanto que os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Os princípios e o conceito de saúde adotado pela Constituição Federal mostram a complexidade do sistema de saúde a ser implantado e gerenciado, porém apenas “delineia o que deve fazer, mas não mostra como deve fazer” (Associação Paulista de Medicina, 2004).

A saúde é um dever do Estado e um direito de todos de acordo com o princípio da universalidade.

A integralidade de ações com promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamento e reabilitação, considerando a pessoa como um todo, deve buscar o atendimento de todas as necessidades inclusive as de complexidades distintas.

O princípio da equidade busca atender a necessidade de redução nas disparidades sociais e regionais que ocorrem no Brasil. As ações devem levar em consideração as diferentes necessidades da população, minimizando as desigualdades, privilegiando àquelas destinadas aos mais carentes na busca de equilíbrio. Esse é um trabalho que deve ser encarado como um desafio constante (Brasil, 2005).

A regionalização e hierarquização enfatizam que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidades, circunscritos a determinadas áreas geográficas, planejados conforme os critérios epidemiológicos, com definição e conhecimentos da clientela a ser atendida, articulando os serviços existentes e garantindo formas de acesso a serviços que componham toda complexidade requerida para o acesso do caso. Os gestores devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, eficácia e efetividade do SUS, mesmo com recursos escassos. É permitida a formação de consórcios e parcerias.

A descentralização, como um princípio que procura implementar eficiência e democracia, tem grande importância em um país de dimensões continentais como o Brasil. Na prática, a descentralização consiste num processo político administrativo que procura, a partir de princípios funcionais e territoriais, transferir as atividades de um nível central para níveis periféricos. O Ministério da Saúde descentraliza os recursos e as ações de saúde, dotando o município de condições gerenciais, técnicas e financeiras para a execução de ações que privilegiem as realidades locais, garantindo melhor qualidade e seu controle por parte dos cidadãos.

A participação popular é um exercício de aprendizado aos cidadãos, de maneira democrática, e ocorre através dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, órgãos deliberativos e de caráter permanente, composto por representantes de toda a sociedade, de forma paritária, com metade de seus membros representando os usuários e a outra metade, o conjunto composto pelo governo, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço privados; e ocorre também através das Conferências de Saúde existentes nas três esferas de governo, com ampla representatividade, que se reúnem para propor diretrizes, avaliar a situação de saúde, ajudar na definição das políticas de saúde e no controle social (Zuriaga Jr, 2009).

A Lei nº 8.080/90 estabelece como competência comum das três esferas de governo a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações de serviços de saúde no SUS, sendo exercida em cada esfera do governo pelos seguintes órgãos:

- I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Essa mesma lei em seu Art. 33º define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta específica e movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde. São os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada esfera, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Esses recursos financeiros darão cobertura às ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios e estados, incluindo os recursos para cobertura assistencial ambulatorial, hospitalar e demais ações de saúde, bem como investimentos na rede de serviços – Lei Federal 8142/90, Art. 4º, Inciso I, Art. 2º, Inciso IV e Parágrafo Único (Brasil, 1990).

4.2- SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA E PRESSUPOSTOS LEGAIS

O Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SNA/SUS, instituído pela Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651/95, estabelece a estruturação e funcionamento geral do sistema, a ser implementado nos três níveis – federal, estadual e municipal – de gestão do SUS. O Componente municipal do SNA vem sendo implantado nos municípios que se habilitaram a gestão plena do sistema em todo o país. Um processo de avaliação da implantação desse componente municipal do SNA vem se desenvolvendo visando identificar lacunas e propor melhorias em sua organização e operacionalização. Até o momento, não se conta com um instrumento de avaliação que possa ser aplicado a distintos municípios em distintos contextos. Esse marco teórico contemplou revisão dos conceitos de regulação, controle, avaliação, distinguindo-os da concepção de auditoria, a partir do que se caracterizou a concepção do SNA do SUS. A elaboração do instrumento implicou a construção de uma matriz da imagem-objeto do componente municipal do SNA, composta por níveis, dimensões e critérios, considerados como objeto de avaliação da sua estrutura e funcionamento, gerando uma graduação que indica o grau de implantação do sistema (Brasil, 1995).

O Decreto Nº 1.651, de 28/09/1995 que instituiu o SNA informa, no Art. 2º, que este, exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

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

Parágrafo Único. Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde (Brasil, 1995).



Figura 3: Estrutura do Sistema Nacional de Auditoria.

Fonte: Freitas, 2015.

Existem vários entendimentos a respeito dessas três atividades, como parte integrante de um *continuum* hierárquico e/ou cronológico. Acredita-se, ainda, que esse foi o marco inicial da concepção da auditoria, repercutindo nos seus procedimentos até os dias atuais.

Em seu Art. 5º procurou sistematizar o processo de descentralização do SNA, definindo as competências de cada instância, sendo que a esfera federal ficou com a responsabilidade pela gestão das suas ações e serviços de saúde; pela verificação da conformidade das ações e serviços de saúde, no âmbito nacional, com a política de saúde instituída no Brasil; pelo controle dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante os relatórios de gestão; como também pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria. O nível estadual responderia pela gestão de suas ações e serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, e dos sistemas municipais e consórcios intermunicipais de saúde; pela verificação dos recursos estaduais repassados aos municípios; além de averiguar as ações, instrumentos e métodos utilizados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. O plano municipal deveria gerir suas ações e serviços de saúde públicos, ou privados, contratados e conveniados e, do mesmo modo, as desenvolvidas pelo consórcio intermunicipal.

Segundo Coleman et al. (1998), tanto a Lei n. 8.689/1993, como o Decreto nº 1.651/1995, foram resultados de um processo de discussão intensa entre as três esferas de governo, a fim de preservar ao máximo os preceitos contidos nas Leis nº 8.080/1990 e n. 8.142/1990 e na Constituição Federal. Nesse sentido, cabe apontar o empenho do CONASS, desde 1993, para a implantação do SNA de forma descentralizada, adequado à realidade do SUS. Em decorrência dessa ação foi elaborada, com a participação do CONASS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS e de um representante da Secretaria de Assistência à Saúde – SAS do Ministério da Saúde, a primeira minuta do decreto dispondo sobre o SNA, apresentada na reunião plenária do CONASS, ocorrida em setembro de 1993, em Foz do Iguaçu, Paraná (Santos, 1996).

A partir desse contexto, o Sistema Nacional de Auditoria foi concebido de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. A estrutura proposta obedece à divisão de atribuições entre as esferas definidas na Lei nº 8.080/1990, com a União assumindo as atividades de coordenação, normatização, supervisão e avaliação dos macroprocessos e os estados e municípios atuando em sua esfera específica. De acordo com esse desenho, pode-se entender que são órgãos integrantes da estrutura do SNA:

1. Ministério da Saúde, por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS;
2. Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do Componente Estadual do SNA;
3. Secretarias Municipais de Saúde, por meio do Componente Municipal do SNA.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96, de 27 de agosto de 1996 (Brasil, 1997), buscou dar continuidade à sistematização acima citada, instituindo a estruturação de componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. Avançou, também, em direção à constituição de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade e em critérios epidemiológicos, de maneira a priorizar as necessidades dos usuários e não apenas a quantidade das ações e serviços. O mesmo ocorre na operacionalização do modelo de gestão do SUS, ao redefinir as responsabilidades da União, estados, Distrito Federal e municípios no SUS, estabelecendo os respectivos papéis de cada nível e uma nova prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS. Assim, a prática de controle se daria a partir do SNA e se constituiria em ações de auditoria analítica e operacional de responsabilidade de cada esfera gestora do SUS. Para isso, definiu-se a estruturação de órgãos de controle, avaliação e auditoria nas três instâncias do SUS, com definição de recursos, metodologia adequada e integração operacional.

A reorganização das atividades do SNA dá-se em 1999, através da Portaria 1069, que reestrutura o Ministério da Saúde, estabelece uma nova organização para as atividades do SNA e regulamenta o De-

partamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS. O departamento ficaria responsável pelas atividades de auditoria, devendo ser representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal (Brasil, 1999). Essa portaria também delibera que o órgão federal do SNA faria a verificação da regularidade dos atos praticados, produzindo ações orientadoras e corretivas em relação à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Realça a necessidade de se adequar a qualidade e resolubilidade dessas ações e serviços de saúde, através da adoção de princípios da eficácia, eficiência e efetividade.

Com o objetivo de estimular a criação de um controle mais próximo e contextualizado ao local, a NOAS 01/2002 (Brasil, 2002) condicionou que somente seria habilitado o município em Gestão Plena do Sistema Municipal, o qual, entre outras responsabilidades, apresentasse estruturado o componente municipal de auditoria.

Em 2006, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, elaboraram o documento denominado “Pacto pela Saúde”, com o objetivo de avançar na consolidação do Sistema Único de Saúde. Este documento traz a responsabilização dos gestores do SUS, no âmbito de cada esfera de governo em relação ao Sistema e da Atenção a Saúde (Brasil, 2006a).

O Sistema Único de Saúde foi contemplado com o Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080, de 1990), buscando fortalecer a governança do SUS, a explicitação de conceitos e a própria execução de diretrizes adotadas pelo sistema, passam a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão.

Na perspectiva de otimizar o acesso ao SUS e qualificar a assistência à saúde em todo o país, o Decreto traz elementos que são introduzidos, como a criação de regiões de saúde, a utilização de Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde – COAP, o aprofundamento das relações interfederativas, além da implantação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Brasil, 2011b).

O Contrato Organizativo de Ação Pública é um instrumento a ser utilizado para viabilizar o acordo firmado entre entes federativos, sobre a definição das responsabilidades, indicadores e metas de saúde dos municípios, por região de saúde.

O COAP é baseado no Decreto nº 7.508/2011 e nas demais decisões consensuais das Comissões Intergestores do SUS. Com o objetivo de garantir a concretude dos acordos firmados no COAP, o SNA é posto como instrumento de fundamental importância, conforme Art.40:

“O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do COAP” (Brasil, 2011b)

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 LC nº 141:

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectar 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 (Autor, ano).

Conferências de Saúde

São espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. AS Conferências são compostas por diversos segmentos sociais e a Conferência Nacional de Saúde (CNS) é convocada a cada quatro anos.

Conselhos de Saúde

São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Existem nas três esferas de gestão do SUS.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Constitui-se em uma Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões operacionais, financeiras e administrativas da gestão do SUS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País, além dos presidentes do Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

A CCT no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.123 de 29 de agosto de 2007, com representação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicará, cada qual, três membros para compô-la. A Comissão é integrada por nove membros escolhidos e designados pelo Ministério da Saúde, pertencentes à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conass e Conasems.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta paritariamente e integrada por representação do estado e de cada município e as decisões sempre serão tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Regional (CIR)

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

Conferências de Saúde

São espaços consultivos destinados a analisar a conjuntura, os avanços e os desafios do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde. AS Conferências são compostas por diversos segmentos sociais e a Conferência Nacional de Saúde (CNS) é convocada a cada quatro anos.

Conselhos de Saúde

São órgãos permanentes e deliberativos, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS. Existem nas três esferas de gestão do SUS.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

A CIT é a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo. Constitui-se em uma Comissão Técnica com o objetivo de discutir e elaborar propostas para implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde, incluindo as questões operacionais, financeiras e administrativas da gestão do SUS. A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País, além dos presidentes do Conass e Conasems. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação.

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

A CCT no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 2.123 de 29 de agosto de 2007, com representação do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Ministério da Saúde, que indicarão, cada qual, três membros para compô-la. A Comissão é integrada por nove membros escolhidos e designados pelo Ministério da Saúde, pertencentes à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS), Conass e Conasems.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

É o fórum de negociação entre o estado e os municípios na implantação e operacionalização do SUS. A CIB é composta paritariamente e integrada por representação do estado e de cada município e as decisões sempre serão tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Regional (CIR)

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

Figura 4: Principais instâncias de participação e controle do SUS.

Fonte: Brasil, 2011a.

Fortalecendo a transparência o § 3º, Art. 17 da Lei complementar 141 de 13 de janeiro de 2012 estabelece que manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas, de cada ente da Federação, informados sobre os recursos previstos com base no Plano Nacional de Saúde. Assim como no Art. 25, § único estabelece competência ao Tribunal de Contas, local, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

A Lei complementar 141/2012 vem reforçar a importância das auditorias realizadas com as recomendações e determinações. De acordo com o Art. 36 o gestor do SUS deve elaborar relatório quadrimestral minucioso referente produção e oferta de serviços públicos na rede assistencial própria, conveniada ou contratada confrontando tais dados com os indicadores de saúde da população assistida. A fiscalização do cumprimento das normas desta Lei Complementar está sob a responsabilidade dos Tribunais de Contas, Poder Legislativo, controle interno, sistema de auditoria do SUS e Conselho de Saúde de cada ente da Federação.

O Sistema Nacional de Auditoria encontra-se regulamentado nos pressupostos legais, atribuindo competências para as três esferas de governo. A auditoria no Sistema Único de Saúde está alicerçada na legislação, no compromisso dos gestores para estruturação e funcionamento da mesma em seu componente de forma descentralizada e dinâmica.

4.3 – AUDITORIA E O SISTEMA DE INFORMAÇÃO NO SUS

Análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados permite subsidiar e orientar a atividade de auditoria no SUS. São vários os sistemas de informação importantes para as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria. Dentre os sistemas de informações existentes no Brasil, os mais diretamente relacionados e usados a essas práticas dizem respeito ao cadastramento de usuários, profissionais e estabelecimentos de saúde e aos relativos à produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, como:

- SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais: informa a capacidade operacional, as ações programadas e a produção ambulatorial, ou seja, os procedimentos realizados.
- SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica.
- SCNES – Sistemas do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, instituído em 2000, que inclui o cadastro dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde.
- SIH – Sistema de Informações Hospitalares, que processa as Autorizações para Internação Hospitalar – AIH, disponibilizando informações sobre cada hospital que integra o SUS e as principais causas de internação e alguns indicadores de atenção hospitalar como tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, diárias de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI, entre outros.
- SISCNS – Sistema do Cadastro Nacional dos Usuários de Saúde, que identifica os usuários do SUS e possibilita a vinculação dos procedimentos realizados no âmbito do sistema a cada usuário, ao profissional que o realizou e também à unidade de saúde onde foi realizado.
- SI-PNI – Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações.
- SIM – Sistema de Informações de Mortalidade.
- SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação Compulsória.
- SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos.
- SISPRENATAL – Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
- SISCOLO E SISMAMA – Sistema de Informação do Câncer da Mulher.
- HIPERDIA – Sistema de Informação de Hipertensão e Diabetes (Brasil, 2010).

A Portaria nº 1.467, de 10 de julho de 2006, institui o Sistema de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS via Internet no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria. O uso do SISAUD/SUS visa organizar e padronizar os processos de trabalho executados nos três componentes de auditoria – federal, estadual e municipal. A adesão é formalizada através de ofício do secretário de saúde ao diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, que o gerencia. A participação de todos é importante para aperfeiçoar as atividades de auditoria que busca transparência e agilidade nos seus registros. Na adesão o componente estadual, do Distrito Federal ou municipal do SNA passa a compor e utilizar uma base de dados de ocorrências das auditorias realizadas no âmbito do SUS. Esse sistema permite:

- O acompanhamento das auditorias.
- A identificação de toda a 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 certificação digital (assinatura eletrônica).
- O registro de atividades mediante programação da equipe.
- A facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório (Brasil, 2011a)

O auditor de cada componente de auditoria operacionaliza o sistema registrando todo processo de trabalho da auditoria, sendo possível inserir o Plano Anual de Atividades – PPA, a demanda, tarefa, planejamento, execução de atividades, relatórios, anexos com fotografias e outros documentos. Para facilitar a compreensão da rotina de operação do sistema desenvolvido para o ambiente da web foi elaborado o Manual do Usuário do Sistema de Auditoria do SUS – SISAUD/SUS que ensina o passo-a-passo para o registro e acompanhamento das auditorias cadastradas (Brasil, 2012a).

5 – TIPOS DE AUDITORIA EM SAÚDE

A publicação, “AUDITORIA do SUS – Orientações Básicas” (Brasil, 2011a) define auditoria:

- a) De acordo com a origem dos profissionais que nela atuam:
 - Direta– Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA.
 - Integrada– Auditoria realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA.
 - Compartilhada – Auditoria realizada com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outros órgãos de controle interno e externo.
- b) De acordo com a natureza da auditoria:
 - Regular ou Ordinária – Ações inseridas no planejamento anual de atividades dos componentes de auditoria.
 - Especial ou Extraordinária – Ações não inseridas no planejamento, realizadas para apurar denúncias ou para atender alguma demanda específica.
- c) Tipos de auditoria:
 - Conformidade – Examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial.
 - Operacional – Avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade (Brasil, 2011a).

6 – O EXEMPLO DA AUDITORIA ODONTOLÓGICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A análise/controle de qualidade das ações na saúde bucal realizadas é reconhecida na legislação vigente como Auditoria através: do Código de Ética Odontológica – Resolução CFO nº 42/2003 (Conselho Federal de Odontologia – CFO, 2003); da Resolução RDC nº 85 de 2001 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)- Lei nº 9961 de 28/01/2000 (Brasil, 2000b); da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1.993,

que instituiu o Sistema Nacional de Auditoria e regulamentado pelo Decreto 1651/95 e da Resolução CFO nº 20/2001 (CFO, 2001). Através desta última, o Conselho Federal de Odontologia considera a auditoria e/ou perícia odontológica caracterizada como ato(s) odontológico(s), por exigir(em) conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão, onde a auditoria constitui-se em importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados, visando sua resolubilidade e melhoria na qualidade da prestação dos serviços, e considera perícia um termo jurídico que se refere à área cível, criminal e trabalhista. No Art. 4º considera-se auditor o profissional concursado ou contratado por empresa pública ou privada, que preste serviço odontológico e necessite de auditoria odontológica permanente para verificação da execução e da qualidade técnica-científica dos trabalhos realizados por seus credenciados.

A Lei Federal nº 5 081 de 24 de agosto de 1966, reguladora do exercício da Odontologia estabelece no Art. 6º que compete ao cirurgião-dentista proceder à perícia odonto-legal em foro cível, criminal, trabalhista e em sede administrativa. A chamada perícia em sede administrativa refere-se aos exames procedidos nessa esfera.

A perícia médico-legal é aplicável à Odontologia:

Um conjunto de procedimentos médicos e técnicos que tem como finalidade o esclarecimento de um fato de interesse da justiça. Ou como um ato pelo qual a autoridade procura conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos, capazes de interferir na decisão de uma questão judiciária ligada à vida ou à saúde do homem ou que ele tenha relação (França, 2004, p.12).

Sendo a definição de perícia Odonto-legal:

Um procedimento encetado por autoridades públicas, administrativas, policiais e judiciárias, versando sobre fatos próprios da Odontologia, na busca de esclarecimentos indispensáveis à aplicação correta do direito substancial e ao encargo do cirurgião-dentista (Silva, 2010, p.124).

A perícia em sede administrativa, Auditoria, consiste no exame preliminar de dados e informações com a finalidade de obter elementos necessários ao desenvolvimento dos trabalhos/relatórios, procedendo à sua análise, de modo a verificar a natureza, a extensão e a profundidade dos procedimentos que nele serão empregados, garantindo que os resultados apontados atinjam seus objetivos, com eficiência, eficácia e efetividade.

A auditoria odontológica não deve ser vista como um tribunal de punições ou um “sistema feito” ditador de normas, mas com o nobre propósito de promover a qualidade da atenção odontológica e da educação profissional (Livraghi, 1983).

Na realização de Auditoria o Cirurgião-Dentista auditor deve avaliar se os procedimentos estão de acordo com as normas ou programas visando à satisfação do paciente e os interesses da instituição ou empresa, respeitando os preceitos éticos. As responsabilidades desse profissional se desenvolvem em um campo de ação amplo e a ele competem diferentes funções, entre as quais se podem identificar: análise da situação da saúde oral da população; elaboração de programas de saúde oral; identificação das necessidades e expectativas do paciente frente ao serviço odontológico ofertado; análise dos procedimentos e qualidade dos mesmos; avaliação dos serviços de saúde bucal baseado nos indicadores disponíveis e outros. Na opinião de Juhás (2001) a função do auditor odontológico não pode ser reduzida à conferência de fichas clínicas e radiografias, e ao pagamento – ou glosa – de tratamentos realizados. Nessa visão, ele estaria sendo equiparado aos inspetores de fábricas no início do século passado, cargo inexistente hoje, sabidamente custoso e sem resultados para a organização. A auditoria será sempre uma função de apoio e assessoria, é um órgão consultor e assessor dentro da organização, avaliando a otimização da gestão administrativa.

A Resolução CFO-20/2001 que normatiza perícias e auditorias odontológicas em Sede administrativa no Art. 25º estabelece que a mesma seja aplicável inclusive àquelas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (CFO, 2001).

O Ministério da Saúde publicou em 2005 um instrumento “Orientações Técnicas sobre Auditoria Odontológica no SUS” destinado à orientação das atividades de auditoria dos profissionais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS SNA – SUS, integradas nos três níveis de atuação – federal, estadual e municipal – visando o redirecionamento nas ações de assistência desenvolvidas na área de Odontologia, como também a conscientização dos profissionais quanto ao significado da saúde bucal, no contexto da saúde integral no SUS, e a importância da garantia da qualidade da assistência prestada ao usuário e da segurança do profissional na execução da atividade (Brasil, 2005).

No desenvolvimento da auditoria odontológica no setor administrativo público, seguindo orientações técnicas e manuais elaborados pelo DENASUS o cirurgião-dentista auditor deve verificar o cumprimento das responsabilidades e da existência dos instrumentos de gestão de acordo com a legislação vigente. Os requisitos legais para transferência de recursos da União a Estados e Municípios, definidos na Lei Federal 8142/90, Art. 4º, visam garantir o cumprimento das diretrizes de controle social e de transparência da gestão pública, sendo pré-requisitos legais para habilitação nas condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais do Ministério da Saúde, sendo eles:

- 1) **Fundos de Saúde** – instituídos no âmbito de cada esfera, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. No Art. 33º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) está definido que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta específica e movimentados sob a fiscalização dos Conselhos de Saúde. Conforme a Lei 8080/90 no Art. 33º, o parágrafo 4º relata que através de seu sistema de auditoria o Ministério da Saúde acompanhará a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios; segundo as Leis nº 4.320/64, nº 8.142/90, nº 8.080/90 e o Decreto nº 1234/94EC nº 29/00 os aspectos normativos, orçamentários e financeiros bem como a utilização dos recursos na atenção básica em consonância com as normas legais devem ser analisados e observados. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei. A finalidade dos Fundos de Saúde é facilitar a administração dos recursos e também a fiscalização dos mesmos por parte das instâncias de controle, garantindo maior transparência na aplicação dos recursos financeiros do SUS.
- 2) **Plano Municipal de Saúde** – explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação do município em saúde, compatibilizando as metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros. No Art. 4º da Lei 8142/90 os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com Fundo de Saúde e Plano de Saúde para receberem os recursos. Na realização de Auditoria deve ser verificada se a existência do plano está de acordo com a legislação, se a implementação das ações ocorre de forma permanente, e se a política de saúde implementadas no município contempla ações da atenção básica.
- 3) **Conselho Municipal de Saúde** – são instâncias colegiadas, com poder deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de governo e consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da saúde atuando na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde, controle da execução e utilização dos recursos públicos na área da saúde (Lei 8.142/90 art.2º inciso V, Resolução nº 333 de 04/11/03 do Conselho Nacional de Saúde).
- 4) **Relatório de Gestão** – na Lei nº 8.142/90 art.4º e Decreto nº 1.651/95 nos Art. 3º e 6º está relatado sobre a importância do Relatório de Gestão que se constitui da prestação de contas dos

recursos recebidos do Ministério da Saúde, comprovando a aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios, a comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do Plano de Saúde e documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS. Os municípios devem fazer anualmente esse relatório, que deve ser aprovado pelo Conselho de Saúde e encaminhado ao Tribunal de Contas do Estado. Os municípios devem apresentar Relatórios detalhados elaborados trimestralmente, contendo dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, e devem apresentar ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembleias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação (Lei nº 8689/93, Art. 12 e Decreto nº 1651/95, Art. 6º, Alínea b, Parágrafos 1º, 2º e 3º).

- 5) **Adesão ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica** – a auditoria da atenção básica segue roteiros baseados em parâmetros e indicadores disponíveis nos sistemas de informação, independente da habilitação da gestão do município, segundo o Manual de Orientações para proceder Auditoria na Atenção Básica (Brasil, 2004). A humanização é um indicador importante para avaliar o trato humanitário, satisfação de atendimento, relação CD/paciente e é considerado um indicador de qualidade. A portaria nº 3840/10 (Brasil, 2010) inclui a Saúde Bucal no Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde tendo como indicadores a média da ação coletiva de escovação dental supervisionada e a cobertura de primeira consulta odontológica programática para o ano de 2011. O auditor deve verificar a existência do documento de Adesão ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica (Termo de Compromisso do Pacto de Indicadores de Atenção Básica do ano em curso) assinado pelos gestores municipal e estadual de saúde.
- 6) **Controle e Avaliação** – o CD auditor deve verificar se o município apresenta condições técnica e administrativa para desempenho das atividades de Controle e Avaliação, através da definição de estrutura física e administrativa, recursos humanos, equipamentos e mecanismos de comunicação: para os municípios não habilitados nas NOAS/01/02 -Norma Operacional da Assistência à Saúde (Brasil, 2002), o CD auditor verifica *in loco* a estrutura do controle e avaliação e as atividades desenvolvidas; para os municípios habilitados, o gestor municipal deve apresentar o Plano de Controle e Avaliação, conforme as atribuições pactuadas pelas três esferas de governo, contendo os objetivos e as ações a serem desenvolvidas, em seu território, a identificação da estrutura de controle e avaliação, que pode ser municipal, microrregional ou regional responsável pelas atividades. O Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde – SNA/SUS, instituído pela Lei 8689/93 e regulamentado pelo Decreto 1651/95 estabelece a auditoria a ser implementado nos três níveis – federal, estadual e municipal – de gestão do SUS. Sendo que nos municípios que se habilitaram na gestão plena do sistema em todo o país deve ser implantado de imediato. No Art. 2º desse decreto de 1995 a auditoria da regularidade dos procedimentos praticados deve ser realizada mediante exame analítico e pericial. O quadro de recursos humanos dos municípios habilitados gestão plena necessita do cirurgião-dentista auditor para a realização da auditoria odontológica, que de acordo com o manual de Orientações Técnicas sobre Auditoria no SUS/2005 esse profissional requer conhecimentos técnicos e científicos da Odontologia e da Auditoria e o autor Silva (1997) informa que a perícia em sede administrativa na maioria dos serviços de saúde é exercida por um profissional sem formação especializada ou que desconhece a Odontologia. Ainda faz referência ao aspecto de que esse tipo de trabalho deve ser realizado por um cirurgião-dentista afeito às atividades de perícia.
- 7) **Ações de Epidemiologia** – verificar se o município tem condições para o desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica; se o município efetua as notificações das doenças conforme estabelece a legislação vigente e se executa as demais ações de Epidemiologia.

- 8) **Ações de Vigilância Sanitária** – verificar se o município tem estrutura para o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária, conforme normatização da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Passo a passo de um plano de trabalho em Auditoria:

- a) Determinação precisa dos objetivos do exame analítico e operativo, ou seja, a identificação completa sobre o que se deseja obter com a auditoria (objetivos, escopo e alcance da auditoria);
- b) Identificação do universo a ser auditado (se o levantamento de dados for por amostragem, deverá ser definido o critério e a extensão da amostra);
- c) Identificação dos documentos de referência, necessários para as análises preliminares (relatórios, protocolos, normas, legislação, instruções, manuais);
- d) Identificação das fontes de informação necessárias para a auditoria, observando a sua abrangência e confiabilidade;
- e) Estabelecimento de técnicas apropriadas e elaboração de roteiros para coleta de dados: listas de verificação, entrevistas, observação e outros (Brasil, 2011a).

As diretrizes gerais da política de saúde têm como objetivo as metas propostas relacionadas aos indicadores previamente pactuados, que agora devem constar no Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP (Brasil, 2012b) que viabiliza o acordo firmado entre os entes federativos referente a região de saúde, necessitam de avaliação, controle e auditoria permanente dos serviços prestados em saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. O papel da auditoria é verificar se houve alteração nos atos legais dos programas de saúde, verificar a estrutura administrativa para operacionalização dos mesmos, o funcionamento e desenvolvimento das ações de saúde de acordo com o que foi acordado na região de saúde; não de forma punitiva, mas com objetivo educativo contribuindo com os profissionais e programas de governo na consolidação do Sistema Único de Saúde.

7 – AUDITORIA ASSISTENCIAL OU CLÍNICA

A denominação de auditoria assistencial ou clínica surge a partir do Pacto pela Saúde, tendo como intenção à qualidade da atenção a saúde da população ou a produção das ações para assistência a saúde, com objetivo de realizar regularmente processo de medição e indução de qualidade no atendimento embasado em protocolos, procedimentos, trabalhos normatizados e pactuados (Brasil, 2006b).

O ciclo da auditoria clínica é um processo que se apresenta em seis momentos (Norman e Redfern, 2000):

- Identificação do problema a ser auditado;
- Estabelecimento de padrões ou metas ótimos;
- Avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria;
- Identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado;
- Implementação das mudanças identificadas;
- Monitoria do processo de mudança.



Figura 5: Ciclo da Auditoria.

Fonte: Norman e Redfern, 2000.

A base operacional desse ciclo é a comparação da prática clínica com um padrão normativo ótimo, onde a partir das avaliações realizadas devem ser realizadas as mudanças.

A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica é a da implementação das mudanças, o que é muitas vezes é desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde (Mendes, 2006).

A auditoria com esse enfoque impõe a organização dos sistemas de serviços em saúde, além de administrar os conflitos entre gerentes e profissionais, sendo que uma das principais funções na auditoria assistencial é o controle da utilização dos serviços em saúde.

Desta forma, deve-se seguir determinadas ações, segundo o recomendado abaixo (Brasil, 2011a).

Fase analítica da auditoria

Nesta fase, a equipe de auditoria reúne-se e realiza as seguintes atividades:

- 1) Análise dos documentos e dados disponíveis nos sistemas informatizados, que permitam subsidiar e orientar a fase operativa (SIM, Sinasc, SIA, SIH, SIAB, Siops, SCNES e outros) e também das informações locais das secretarias estaduais e municipais de saúde, que devem ser solicitadas e disponibilizadas pelas mesmas. Desta análise, deve ser feito o diagnóstico do objeto da auditoria, permitindo um melhor planejamento da fase operativa da auditoria;
- 2) Definição do escopo do trabalho, inclusive as unidades que deverão ser visitadas;
- 3) Elaboração e organização dos “papéis de trabalho” (documentos, relatórios extraídos de sistemas informatizados, planilhas) de acordo com o objeto principal da auditoria;
- 4) Elaboração do relatório analítico a partir das informações levantadas nessa fase;
- 5) Comunicação à entidade a ser auditada sobre a realização da auditoria. Nela, devem ser solicitados os documentos que serão disponibilizados à equipe para análise. A comunicação deve preceder a realização da auditoria.

Fase operativa (in loco) da auditoria

Consiste na verificação in loco das ações, com exame direto dos fatos e situações, tendo por objetivo sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde.

A essência da fase operativa é a busca de evidências que permitem 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.

Uma minuciosa busca de evidências, associado à devida utilização dos papéis de trabalho, constituem fundamentos para a elaboração de um relatório de auditoria que retrate, com objetividade e clareza, os resultados apontados no decorrer dos trabalhos.

8 – AUDITORIA AMBULATORIAL ESPECIALIZADA (Brasil, 2011a)

A atenção ambulatorial tem características mais específicas, pois atua em nível especializado, sendo importante o auditor conhecer o corpo médico, carga horária da equipe, escalas de trabalho, equipamentos para exames e diagnósticos, bem como a capacidade produtiva. Esse nível de atenção tem abrangência geográfica de assistência, tendo unidades com capacidade resolutiva e perfis distintos.

Como referência entre os municípios, é um veículo que identifica os fluxos e as necessidades na assistência bem como a variabilidade regional, gera demandas de difícil controle para a área de regulação.

É uma área que trabalha com grande vultuosidade de pacientes, podendo gerar uma demanda reprimida significativa comprometendo a assistência.

Na tentativa de organizar o serviço, devem ser observados alguns processos como: agendas que permitam ao gestor identificar a produção, estruturar a comunicação com os pacientes, controlar o absenteísmo, organizar os acessos calcado em protocolos, triar a população de acordo com o princípio da equidade, priorizar a gestão dos fluxos referenciados e a construir grades de referência e contra referência.

São através de atos como esses que coíbe e minimizam fraudes; esclarecendo, identificando as informações e alocando os recursos para o provimento adequado a saúde da população.

A Atenção Ambulatorial Especializada tem seu trabalho pautado no dimensionamento e controle de cotas, que devem ser distribuídas entre as unidades básicas de saúde e as demais unidades ambulatoriais e hospitalares regionais. Essa distribuição deve atender às demandas eletivas, evitando a centralização da origem da demanda em um conjunto restrito de unidades.

A atuação na alta complexidade ambulatorial tem características semelhantes à regulação dos exames de média complexidade, contudo a quantidade na oferta e demanda é bem menor. Geralmente nessa área o paciente está atento aos fluxos, o que facilita a comunicação, e também já dispõe de instrumento de controle e autorização consolidado, a APAC – Autorização de Procedimento Ambulatorial, assim como a internação hospitalar tem a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

Outro diferencial no atendimento de alto custo é que geralmente, não tem a restrição por cotas, uma vez que deve haver a intervenção prévia do médico auditor/regulador em todas as solicitações. Para a avaliação das urgências na alta complexidade, deve haver rigor na avaliação, embasada em protocolo que caracterize o atendimento.

A identificação do paciente no atendimento facilita as ações de controle e o que foi autorizado deve ser base para a produção. Um exemplo são as terapias de alta complexidade, que têm caráter de continuidade, sendo essenciais para algumas doenças com alto índice de mortalidade.

A experiência tem demonstrado que alta complexidade ambulatorial é mais simples de ser implantada com viabilidade mais fácil de ser atingida em relação ao atendimento da média, por ter mais protocolos validados, não tendo demanda necessariamente das unidades básicas de saúde.

Nesse nível de atenção concentra-se grande volume de recursos, pois os procedimentos têm custos elevados, tendo grande impacto no processo assistencial, na organização dos serviços, no fluxo de informações e nos processos de pactuação entre municípios.

9– AUDITORIA NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Sendo a mais específica das ações em saúde no controle, avaliação, auditoria e regulação. Nesse nível coexiste, com a mesma intensidade, a regulação de procedimentos eletivos e de urgência, associada à regulação de leitos, com toda sua dinâmica e rotatividade.

A atenção hospitalar possui uma gama variada de protocolos, tendo como principal demanda as unidades de pronto atendimento, prontos-socorros, atendimentos pré-hospitalares. Os ambulatorios de especialidades e a atenção básica também demandam internações hospitalares e todos devem estar sujeitos a protocolos e à ação em auditoria, seja nos casos de urgência ou eletivos.

Os fluxos da internação estão ligados à capacidade instalada de leitos na rede de serviços de saúde e consistem na alocação do leito e na autorização dos procedimentos hospitalares, por meio da Autorização de Internação Hospitalar – A IH. Essa ação é desencadeada pelo laudo para emissão da AIH, gerando a reserva da vaga. Quando o paciente é efetivamente internado, segue-se à ocupação do leito e à execução dos procedimentos hospitalares, seguindo o leito ocupado até a alta do paciente e a liberação da vaga para uma nova internação. Nesse fluxo estão também os leitos complementares, especialmente as Unidades de Tratamentos Intensivos – UTI.

A autorização dos procedimentos é um diferencial no trabalho da auditoria médica operativa atuando na internação, validando mudanças de procedimento, transferências entre clínicas, autorizando a permanência.

É um trabalho de integração entre diversas áreas da gestão, atuando no controle dos atendimentos, das agendas, dos tetos, das cotas, da Programação Pactuada e Integrada – PPI, subsidiando ações de controle, avaliação, auditoria, planejamento e programação, qualificando a informação, agregando o processamento da produção, autorizações, a qualificação das bases e das rotinas cadastrais, incorporando protocolos, qualificando a comunicação com o usuário.

Viabiliza a hierarquização da rede de serviços de saúde, qualificando a gestão e contribuindo para a garantia da integralidade e da equidade da atenção na saúde (Brasil, 2011a).

INDICADORES USADOS EM AUDITORIA HOSPITALAR

- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- Relatório demonstrativo das AIH pagas.
- Relatório de procedimentos especiais.
- Relatório de serviços profissionais.
- Discriminação de pagamentos de serviços especiais.
- Relatório comparativo entre procedimentos solicitados e realizados (avaliação de materiais de alto custo como órteses e próteses).
- Autorização da internação hospitalar.
- Resumo dos valores vigentes e pagamentos dos materiais de alto custo (Brasil, 2011a)

Na fase operativa é importante:

- Solicitar a produção do prestador.
- Calcular percentual das internações por especialidade.
- Iniciar a análise das AIHs pelos procedimentos de alto custo ou especiais como UTI; hemoderivados; diálise; cirurgias.
- Compatibilizar o motivo de agregação de valor com o procedimento realizado. (Brasil, 2011a)

10. PERFIL DO AUDITOR/IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Melo (2007) informa que na percepção dos auditores do Sistema Único de Saúde, apesar da autonomia limitada, a importância que a auditoria tem assumido para o SUS, de acordo com o reconhecimento do Ministério Público Federal, Tribunal de Contas da União e da Controladoria Geral da União, vem aumentando o reconhecimento quanto à “força cultural” do auditor e o valor social de seu trabalho.

A capacitação técnica dos auditores é fundamental para a ação da auditoria, proporcionando uma maior autonomia no exercício profissional, como também um amparo legal. Atualmente as cooperativas médicas são as que mais investem no aprimoramento profissional.

O auditor, apesar de considerado um especialista, se percebe como um mero executor de políticas formuladas, fortalecendo, assim, a impessoalidade no processo de auditoria. A competência técnica parece ser a dimensão mais desejada pelos diversos auditores, pois almejam garantias de aperfeiçoamento e obtenção de legitimidade para suas ações, além de garantias de direitos já alcançados por outros auditores, integrantes dos sistemas de controle externo ao Ministério da Saúde. Esse perfil vem, também, sustentar a profissionalização da auditoria em saúde.

Da mesma forma que os auditores em saúde, os supervisores sempre deverão se comportar dentro de um Código de Ética profissional, dentre os quais cabe destacar: bom-senso no procedimento de revisão e sugestão; autoconfiança; sigilo profissional; discrição profissional; capacidade prática; sentido objetivo; liberdade de pensamento e ação; meticulosidade e correção; perspicácia nas ações; pesquisa e atualização técnica permanente; finura de trato e educação (Zuriaga Jr., 2009).

De acordo com Osório Solis et al. (2002) entre os requisitos necessários a um auditor, que constam no Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde, destaca-se a não-atuação profissional nas atividades que ele auditará, com o objetivo de preservar a ética e consequentemente imparcialidade nos serviços executados. Exige-se, igualmente, agir com cautela, discrição, honestidade, sigilo e zelo; manter-se atualizado tecnicamente; ter o apoio e a confiança individual dos coordenadores do serviço, dos usuários e da instituição. Todos esses requisitos têm por finalidade viabilizar a autonomia profissional para execução do processo de auditoria. Em última instância, um auditor deve estar apto a formular e programar normas, procedimentos e técnicas para o desempenho da auditoria, assumindo uma posição de independência e imparcialidade. Há, nesse aspecto, a necessidade de profissionais capacitados e formados na área de auditoria.

Pina e Torres (2001) ressaltam o extremo valor do relatório de um processo de auditoria e o definem como um documento legal que apresenta o resultado dos trabalhos, devendo o auditor redigi-lo com objetividade e imparcialidade, expressando conclusões, recomendações e providências a serem tomadas pela administração pública ou privada.

Os auditores devem ter uma qualificação aprimorada, pois os seus relatórios deverão ter integridade em seus conteúdos. Podendo-se dizer que a qualificação dos auditores resulta de uma educação formal e informal que inclui treinamento, orientação, experiência, educação continuada e trabalho. Os elementos essenciais na qualificação dos auditores são conhecimento, habilidade, atitude, aptidões, autonomia, entre outros. Uma auditoria em grupo deve exigir igual qualificação de todos os auditores (Costa e Alevato, 2010).

O Conselho Federal de Odontologia – CFO redigiu a resolução 20/2001 que normaliza perícias e auditorias em sede administrativa, onde são ditas as regras que norteiam esse trabalho. Muitas vezes as perícias são confundidas com as auditorias. A principal finalidade da auditoria é a manutenção da qualidade dos serviços odontológicos. Outra importante diferença é que a perícia odontológica é realizada por perito, ou seja, Cirurgião- Dentista especialista. Por outro lado, observa-se que nas auditorias atuam Cirurgiões- Dentistas não especialistas na área de Odontologia Legal, e que às vezes estes não têm noções de auditoria. Isso devido ao fato do CFO não obrigar as instituições a terem auditores odontologistas ou que tenham conhecimento mínimo de auditoria. Lembrando ainda que o próprio CFO estabelece a necessidade do auditor ter conhecimento técnico da matéria (informação verbal)¹.

11. RELATOS DE EXPERIÊNCIAS EM AUDITORIA:

11.1. A Experiência em Londrina, Paraná (Liberatti et al., 2014):

Londrina é centro de referência em saúde, para média e alta complexidade, conta com três hospitais de nível terciário, e cinco outros hospitais de nível secundário-especializados. Contudo, havia uma insuficiência de leitos hospitalares, principalmente os de UTI, e a gestão apresentava dificuldades em identificar a real constituição da sua rede de assistência, pois não tinha clareza da situação local dos serviços e nem da demanda que acessava os mesmos. Além disso, haviam muitas queixas referidas por parte da população: falta de atendimento ou atendimento insuficiente para os pacientes que necessitavam dos leitos de UTI, questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e demora no tempo de realização de cirurgias. Desta forma, a estratégia adotada pela Secretaria Municipal de Saúde em 2008 foi a implantação da Auditoria Operativa nos hospitais.

Descrição da experiência: Uma equipe composta por 14 enfermeiros, os quais diariamente atuavam nos hospitais, verificaram in loco a estrutura operacional dos hospitais, bem como a ocupação de todos os leitos. Os enfermeiros avaliavam a forma de entrada de todos os pacientes atendidos nos hospitais; montavam uma planilha com os dados da ocupação dos leitos hospitalares, e essas informações eram encaminhadas em tempo real às Centrais de Regulação de Urgência/Emergência e Central de Leitos do Município. Além disso, a equipe realizava diariamente a verificação da conta hospitalar; do desempenho dos procedimentos cirúrgicos de caráter eletivo e de urgência nos hospitais; análise de eventuais fatores que inviabilizam a realização das cirurgias, mensuração da fila de espera e avaliação de todos os atendimentos com foco na qualidade da assistência prestada ao paciente SUS.

Resultados alcançados: Houve redução nas inconformidades relacionadas ao acesso do usuário do SUS aos hospitais; ampliação no número de pacientes com acesso aos leitos de UTI adulto e infantil; melhoria no cumprimento das metas contratuais dos hospitais; implantação do acolhimento com classificação de risco nos hospitais secundários e terciários; maior potencial de resolutividade das Centrais de Regulação; realização de reuniões educativas referentes à contratualização e melhoria no fluxo de realização das cirurgias eletivas pactuadas.

Contribuições para a saúde pública do Paraná: A auditoria operativa atuou desenvolvendo ações educativas e apoiou a busca da garantia de uma assistência prestada em conformidade com os princípios da política nacional da humanização, zelando pela gratuidade, equidade e integralidade dos serviços prestados, ao usuário SUS, objetivando o alcance do melhor grau de satisfação do usuário SUS e qualidade da assistência prestada.

11.2 A Experiência em Sobral, Ceará (Tajra et al., 2012):

Em Sobral, uma necessidade de desenvolvimento de profissionais para o trabalho em saúde coerente com a proposta adotada pelo município era necessário. Também era interesse da Secretaria Municipal de Saúde garantir um bom ambiente de trabalho, bem como o acesso da comunidade a práticas saudáveis em cada um dos estabelecimentos de saúde. Neste sentido, foi intenção do corpo técnico de auditoria identificar as necessidades dentro do processo de trabalho em saúde, a fim de sugerir mudanças coerentes com a realidade vivenciada.

Descrição da Experiência: aplicação da auditoria como ferramenta de gestão do SUS com a finalidade de auxiliar os membros da administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades, fornecendo-lhes análises, apreciações, recomendações e comentários pertinentes às atividades examinadas. A experiência do corpo técnico de auditoria realizada em cumprimento ao Plano de Trabalho do Departamento Municipal de Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde e em consonância com o Termo de Compromisso assinado pelo atual gestor foi apresentada. Roteiros de trabalho foram construídos, onde o corpo técnico de auditoria elaborava questões relativas à sua operacionalização, no intuito de identificar boas práticas, bem como pontos a serem aperfeiçoados e melhorados no que se refere às ações e serviços em saúde, estrutura, processos e resultados alcançados, com o feedback dos profissionais auditados.

Resultados alcançados: A partir da apropriação da ferramenta no processo de trabalho em auditoria neste município, pode-se observar melhor organização das ações de auditoria, bem como a articulação e integração com outras áreas técnicas da saúde, a saber: Coordenações da Atenção Primária, Secundária e Terciária, Coordenação Municipal de Saúde Bucal (CMSB), Vigilância em Saúde (VISA), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Ouvidoria em Saúde. Soma-se a isso o fato de que a fase de planejamento permite melhor adequação dos instrumentos de coleta, uma vez que amplia o foco da discussão entre os profissionais de várias categorias e aproxima a temática de auditoria a todos os participantes. Isso contribuiu, significativamente, para sua desmistificação e aproximação desta ferramenta de trabalho à gestão em saúde.

Contribuições para a saúde pública: Em se tratando do caráter pedagógico assumido pelo grupo de trabalho, foi possível identificar eixos de discussão que puderam subsidiar o processo de Educação Permanente desenvolvido neste município. Com isto, pretende-se sistematizar e promover a continuidade de auditorias nos estabelecimentos de saúde da rede pública municipal, bem como organizar a discussão de temáticas afins em caráter de educação permanente. A experiência de discussão destes eixos com os profissionais de saúde colaborou com o processo de autoavaliação e contribuiu com a resolutiva de alguns assuntos de sua governabilidade. Por fim, vale destacar que o desenvolvimento continuado desta metodologia deve contribuir para a correção ou mitigação de impactos de ações equivocadas das ações e serviços em saúde por parte dos serviços auditados.

Curiosidade:

Assistamos seguinte vídeos de curta duração

<https://www.youtube.com/watch?v=mELO1yr4HwQ>

<http://globotv.globo.com/rede-globo/dftv-1a-edicao/v/auditoria-aponta-irregularidades-no-sistema-de-saude/3824836/>

12. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A auditoria no setor público é uma atividade integrante do governo, uma imposição constitucional, com o propósito construtivo e educacional que verifica o cumprimento das diretrizes do SUS e dos

princípios da administração pública; garantindo qualidade, assistência e segurança aos usuários e profissionais do mesmo. Acrescentando que a auditoria não tem função punitiva em setor algum, mas colabora e otimiza os serviços de saúde e pode contribuir de forma importante na elaboração de Leis, Decretos e Normas, a partir de detecções das distorções na saúde pública. Todos os relatórios de auditoria devem ser publicados; estes auxiliam o controle social que pode ser exercido diretamente pelos cidadãos, de forma isolada, na qual cada indivíduo percebe e verifica comportamento dos gestores frente as ações governamentais, como também através de Organizações Não-Governamentais – ONGs, compostas por voluntários e profissionais das mais diversas áreas, que atuam em associações na observação das despesas públicas. O controle social também pode ser exercido de forma coletiva pelos Conselhos de Políticas Públicas, onde os conselheiros têm funções consultivas, deliberativas, fiscalizadoras e mobilizadoras.

13. REFERÊNCIAS

- Anastasia F. Responsabilización por el control parlamentario. In: Consejo Científico del CLAD. La Responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana. Buenos Aires: CLAD; 2000.
- Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. 1990 set 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 [acesso 2015 fev 02]. Regulamenta o sistema nacional de auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília [internet]. Diário Oficial da União. 1995 set 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. 36p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.069/GM, de 19 de agosto de 1999 [acesso 2015 mar 18]. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde [internet]. Disponível em: http://www.mp.ce.gov.br/orgaos/PROSAUDE/pdf/portariaGMMS1069_19081999.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde; 2000a. 44p.
- Brasil. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Diário Oficial da União. 2000b jan 29; Seção 1, p.104.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 [acesso 2015 jun 10]. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações para proceder auditoria na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 53p.

- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a [acesso 2015 maio 15]. Divulga o pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para programação pactuada integrada da assistência a saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b. v.5
- Brasil. Ministério da Saúde. Curso básico de regulação controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 56p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria do SUS: orientações básicas SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. 48p.
- Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 [acesso 2015 maio 15]. 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 [internet]. Diário Oficial da União. 2011b jun 29. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Sistema Nacional de Auditoria do SUS: uma construção interfederativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.
- Brasil. Tribunal de Contas da União. Controles na administração pública: *accountability*. Brasília: TCU; 2012b. 23p.
- Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de Janeiro de 2012c. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal [Acesso em 02 de setembro de 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. História da auditoria em saúde [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/historia.cfm>
- Caleman G, Moreira ML, Sanchez MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. São Paulo: FSP/USP; 1998. v.5, p.138-45.
- Camacho LAB, Rubin HR. Reliability of medical audit in quality assessment of medical care. Cad Saúde Pública. 1996; 12(Suppl 2): 85-93.
- Chiavenato I. Administração: teoria, processo e prática. São Paulo: McGraw-Hill; 1985. 381p.
- Conselho Federal de Odontologia. Resolução 20/2001. Normatiza perícias e auditorias odontológicas em sede administrativa. Rio de Janeiro: CFO; 2001.
- Conselho Federal de Odontologia. Código de ética odontológica. Resolução CFO-42/03. Rio de Janeiro: CFO; 2003.
- Costa M, Alevato H. Auditoria odontológica: uma ferramenta de gestão em saúde suplementar. In: VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão; 2010 ago 5-7; Niterói, RJ. Rio de Janeiro: CNEG; 2010.
- Da Silva PGK. O papel do controle interno na administração pública. ConTexto [internet]. 2002; [acesso 2015 maio 20] 2(2): Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/ConTexto/article/view/11555>
- França GV. Medicina legal. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. 584p.
- Freitas T. DENASUS – Fortalecimento do SNA [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/1698125/>
- Grande dicionário Houaiss beta da língua portuguesa [acesso 2014 dez 26]. Disponível em: <http://houaiss.uol.com.br/busca.jhtm?verbete=auditoria&stype=k>.
- Juhás R. Auditoria em odontologia. São Paulo: Clássica; 2001. 130p.
- Lara AR. A importância da auditoria de prontuário e de educação continuada em uma instituição hospitalar [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Campinas: Universidade Castelo Branco; 2009. 52p.

- Liberatti VM, Tomimatsu MF, Batista Z, Piccoli B, Haddad MCL. Implantação e contribuição da auditoria operativa na rede de atenção em saúde em Londrina, Paraná [Resumo]. In: 2º Congresso Paranaense de Saúde Pública; 2014 ago 14-16; Curitiba, Paraná. Espaço Saúde [internet]. 2014; [acesso 2015 maio 20] 15(Supl 2): 148. Disponível em: <http://inesco.org.br/conferencias/index.php/2congresso/2cpsp/paper/view/343>
- Livraghi E. Auditoria odontológica. *Rev Sanid Mil Argent*. 1983; 6(4): 152-7.
- Llanos Zavalaga F. Auditoria médica en el primer nivel de atención. *Rev Méd Hered*. 2000; 11(3): 107-12.
- Melo MB. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007. 217p.
- Mendes EV. Auditoria clínica. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2006. 14p.
- Norman I, Redfern S. What is audit? In: Kogan M, Sally R. Making use of clinical audit. Buckingham: Open University Press; 2000.
- Osorio Solis G, Sayes VN, Fernández ML, Araya E, Poblete MD. Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev Méd Chile*. 2002; 130(2): 226-9.
- Pina V, Torres L. La contabilidad del sector público. Publicado em 2001 [acesso 2015 mar 18]. Disponível em: <http://ciberconta.unizar.es/leccion/contpub001/>
- Santos JL, Schmidt P, Gomes JMM. Fundamentos de auditoria. São Paulo: Atlas; 2006.
- Santos L. Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS. Brasília: CONASS; 1996. 93p.
- Silva M. Compêndio de odontologia legal. Rio de Janeiro: MEDSI; 1997. 483p.
- Silva RHA. Orientação profissional para cirurgião-dentista: ética e legislação. São Paulo: Santos; 2010. 594p.
- Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB, Tajra RS. PDCA como proposta metodológica associada à Auditoria em Saúde: relato de experiência de Sobral-Ceará. *Tempus Actas Saúde Colet* [internet]. 2012; [acesso 2015 ago 26] 6(4): 201-15. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1216>.
- Vale C. Procedimentos de auditoria pública. João Pessoa: Universitária; 2001.
- Viegas A. Auditoria [acesso 2015 maio 20]. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/84131/>
- Zuriaga Jr RC. Perfil dos médicos supervisores dos escritórios regionais de saúde do Estado de Mato Grosso [trabalho de conclusão de curso – especialização]. Cuiabá: Fundação Getúlio Vargas; 2009. 31p.