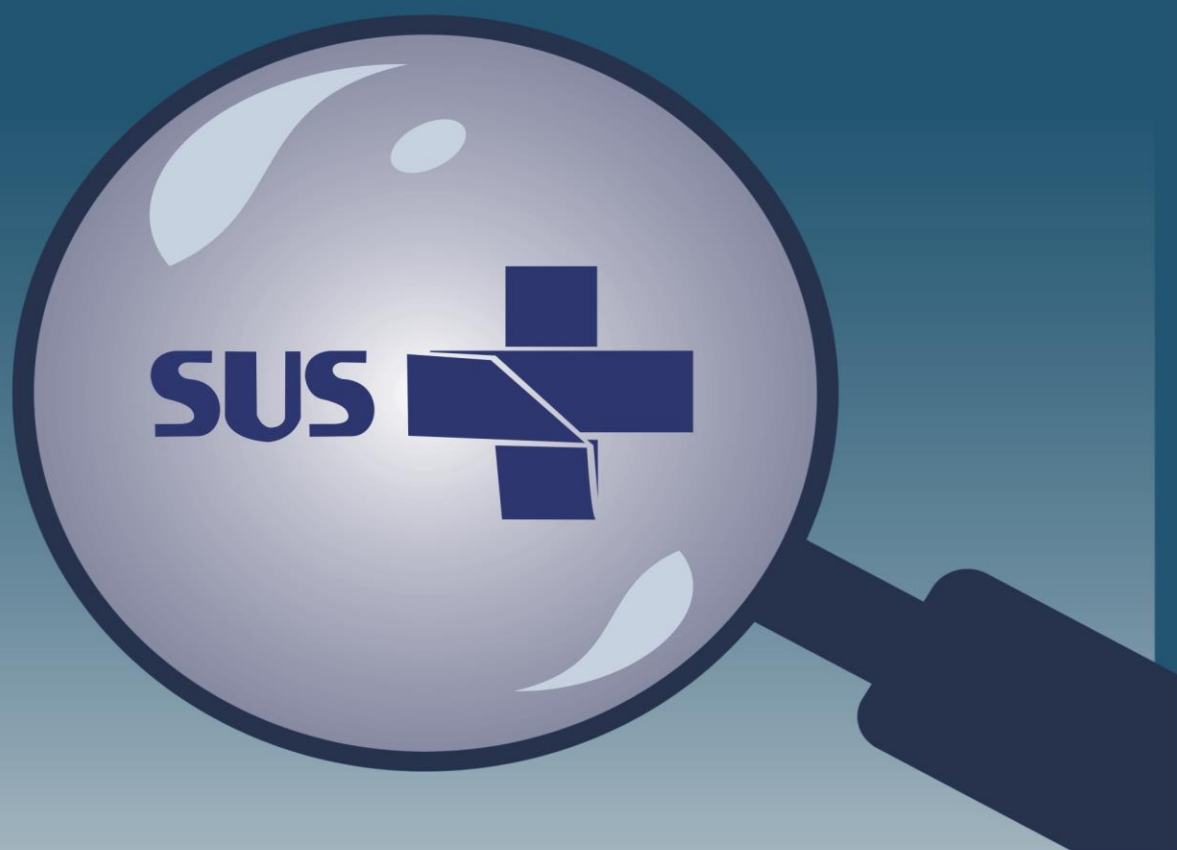


Secretaria Estadual de Saúde  
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde  
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS

## **Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/PE)**





**Secretaria Estadual de Saúde  
Secretaria Executiva de Regulação em Saúde  
Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS**

**COMPONENTE ESTADUAL DE AUDITORIA DE PERNAMBUCO  
(CEA/PE)**

**2014**



## **EXPEDIENTE**

### **GOVERNADOR DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

João Soares Lyra Neto

### **SECRETÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE**

Ana Maria Martins Cezar de Albuquerque

### **SECRETÁRIA EXECUTIVA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE**

Ana Lúcia de Souza Leão Ávila

### **DIRETOR GERAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SUS**

Ricardo Ernestino da Silva

### **GERENTE DE AUDITORIA DO SUS**

Suelene Borges de Lima Chaves

### **COORDENADORAS TÉCNICAS DE AUDITORIA**

Jane Maria de Oliveira Barros Lucena

Maria do Carmo Gonçalves

### **GERENTE DE ACOMPANHAMENTO DA GESTÃO MUNICIPAL**

Raquel Moura Lins Acioli

### **COORDENADORA DE ACOMPANHAMENTO DO PACTO DE GESTÃO**

Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira

### **EQUIPE DE PRODUÇÃO**

Jane Maria de Oliveira Barros Lucena

Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira

Raquel Moura Lins Acioli

Ricardo Ernestino da Silva

Sônia Monteiro Lauria

Suelene Borges de Lima Chaves

### **COLABORAÇÃO**

Maria José de Oliveira Salles

### **REVISÃO**

Fernando Castim

### **PLANEJAMENTO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO CADERNO**

Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira

Raquel Moura Lins Acioli

gagm.sers@gmail.com

### **GERÊNCIA DE AUDITORIA DO SUS**

gaud@saude.pe.go.br

Fone: (81) 31840374/0376



## AUTORES

### **Jane Maria de Oliveira Barros Lucena**

Médica, especialista em Gestão Governamental em Saúde e em Saúde Coletiva e Auditoria do SUS. Coordenadora Técnica de Auditoria do Componente Estadual de Pernambuco.

### **Manuela de Godoy Leitão Novaes Ferreira**

Fonoaudióloga, especialista em Voz e em Fonoaudiologia Hospitalar. Coordenadora de Acompanhamento do Pacto de Gestão da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

### **Raquel Moura Lins Acioli**

Fonoaudióloga, especialista em Gestão e Auditoria em Saúde e Mestre em Saúde Coletiva. Gerente de Acompanhamento da Gestão Municipal da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

### **Ricardo Ernestino da Silva**

Bacharel em Ciências Biológicas e Direito. Especialista em Auditoria de Sistemas de Saúde, Gestão de Serviços de Saúde e Saúde Coletiva e Auditoria do SUS. Diretor Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.

### **Sônia Monteiro Lauria**

Enfermeira Sanitarista, especialista em Saúde Coletiva e Auditoria, Saúde da Família e Bacharel em Direito especialista em Direito Público e Direito Trabalhista. Auditora do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco.

### **Suelene Borges de Lima Chaves**

Contadora, especialista em auditoria, mestra em Saúde Pública. Gerente do Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco.



*“O risco é ficar correndo atrás do erro em vez de trabalhar em busca do acerto; preocupados tão-somente com a má administração quando o que interessa é a excelência da gestão.”*

Domingos Poubel Castro



# SUMÁRIO

## APRESENTAÇÃO

1. CONCEITOS E PRÁTICAS DE REGULAÇÃO .....	9
2. AUDITORIA DO SUS .....	12
2.1 BASE LEGAL DE ATUAÇÃO DA AUDITORIA DO SUS .....	15
3. AUDITORIA DO SUS EM PERNAMBUCO .....	24
4. PROCESSO DE TRABALHO DA AUDITORIA EM PERNAMBUCO.....	29
4.1 FLUXO DE TRABALHO .....	29
4.2 PROTOCOLOS .....	32
4.2.1 <i>Protocolo de Auditoria</i> .....	32
4.2.2 Protocolo de Atividades .....	33
4.3 PRODUÇÃO DO COMPONENTE ESTADUAL DE AUDITORIA DE PERNAMBUCO .....	34
4.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DO CEA .....	38
5. AUDITORIA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO.....	42
5.1 MISSÃO, VISÃO E VALORES COMO PRINCÍPIOS ESSENCIAIS.....	42
5.2 REESTRUTURAÇÃO DO CEA.....	44
5.3 REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE AUDITORIA DO SUS DO ESTADO DE PERNAMBUCO .	48
6. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM AUDITORIA .....	50
REFERÊNCIA.....	53

## **APRESENTAÇÃO**

A Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (Sers) foi instituída por meio do Decreto nº. 32.823, de 09 de dezembro de 2008, e tem como missão propor, coordenar e desenvolver a Política de Regionalização, Monitoramento, Controle e Avaliação da Gestão do SUS/PE em conjunto com as demais áreas da SES. É composta por três diretorias, a saber: Diretoria Geral de Programação e Controle em Saúde (Dgpcs), Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (Dgmags) e Diretoria Geral de Fluxos Assistencial (Dgfa).

Um desafio importante da Sers é o aperfeiçoamento da regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Para isso, buscam-se tecnologias que facilitem a procura na rede do serviço que possa garantir a melhor qualidade de assistência, no tempo adequado à necessidade do paciente e com o menor custo possível. O aperfeiçoamento da auditoria do SUS contribui para uma melhor qualidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que é definida como um eficiente instrumento de gestão.

A Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS apresenta dentre as suas atribuições, a realização de auditoria e fiscalização no âmbito do SUS/PE, bem como coordenar a implantação dos componentes municipais do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Nessa perspectiva, propõe e promove intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, aperfeiçoando permanentemente a produção de informação.

O presente Caderno foi construído com o objetivo de mostrar a visão, evolução e os desafios da auditoria em Pernambuco, assim como uma forma de incentivo e de apoio aos componentes municipais para torná-los cada vez mais atuantes na auditoria do SUS e, dessa forma, proporcionar um SUS eficaz, eficiente e efetivo em todos os municípios do Estado de Pernambuco.

Ana Lúcia de Souza Leão Ávila  
Secretária Executiva de Regulação em Saúde



## 1. CONCEITOS E PRÁTICAS DE REGULAÇÃO

O conceito de regulação mais disseminado no SUS é representado pela regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Um entendimento considerado restrito de regulação, induzindo a iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta. Nas últimas décadas, as normas do sistema vincularam o processo e as ações de regulação às formas de gestão estabelecidas (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2007).

Considera-se que a discussão do conceito de regulação em saúde se relacionou com a compreensão do papel que o Estado exerce nesse setor (OLIVEIRA; ELIAS, 2012), o que faz a regulação ser uma função pública imprescindível para garantir maior efetividade às ações desenvolvidas pelos sistemas de saúde (FARIAS et al., 2011).

A gestão do sistema de saúde tem o papel de estimular a avaliação e a qualidade dos sistemas e dos serviços com a finalidade de garantir a informação e o alinhamento de conceitos que contribuam com as atividades de planejamento, acompanhamento, regulação, controle e avaliação do serviço de saúde prestado (BRASIL, 2007, MENDONÇA et al., 2006).

A Regulação no setor saúde é uma ação complexa, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares. Não existe um padrão para definir a regulação, o que é observado são inúmeras e diferentes conceituações, e cada uma reflete diferentes perspectivas da agenda política e valores que estão implícitos por quem as elabora e por quem as utiliza (MENDONÇA et al., 2006).

Pode-se considerar que a Regulação do Sistema de Saúde vem ganhando relevância no SUS por ser uma macrofunção dos governos, normalmente introduzida pelo gestor local, regional, estadual e nacional.

A Regulação do Sistema de Saúde recentemente ganhou uma grande importância no SUS e isso se deve, em parte, às inúmeras demandas e vazios assistenciais que ocupam a

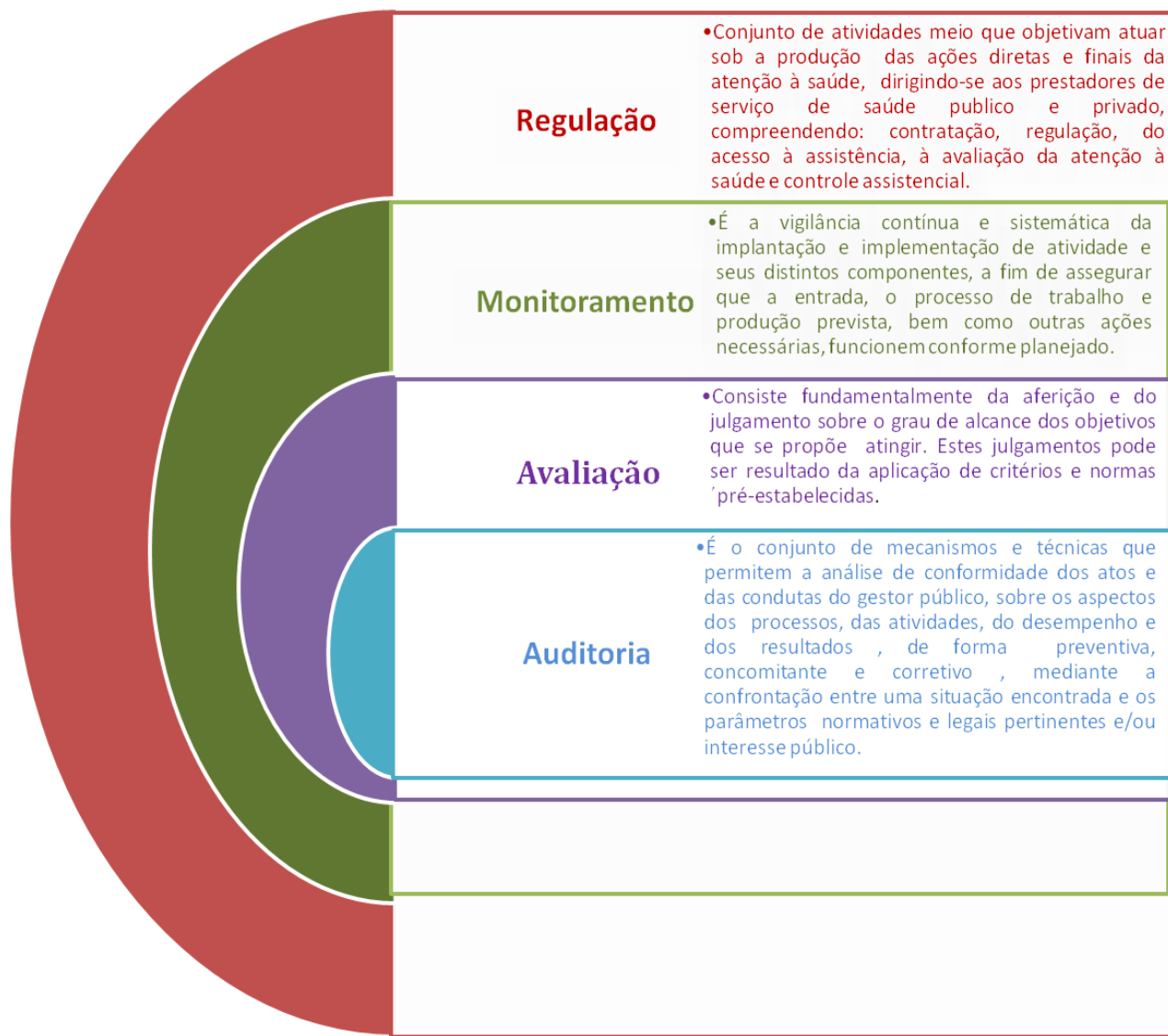
agenda dos gestores e exige uma gestão racional de maneira a garantir a saúde da população e melhorar o desempenho do sistema (MENDONÇA et al., 2006).

A Secretaria Estadual de Saúde, por considerar mais adequado, adota o termo monitoramento ao se referir as ações de controle sistemático, tendo em vista que, no entendimento desta secretaria, o termo controle apresenta-se com o sentido semelhante ao do termo regulação.

Regulação, Monitoramento, Avaliação, e Auditoria objetivam dar suporte e estruturação ao processo de descentralização das funções de execuções e gerenciamento, superando métodos e instrumentos de avaliação que apresentam pouca resolubilidade.

Para os gestores que querem prover as ações e serviços de forma mais eficiente e efetiva e disponibilizar serviços com custos adequados, os instrumentos e ferramentas da regulação, sem dúvida, podem contribuir para melhorar os resultados do setor. Os conceitos, práticas e finalidades da “Regulação, Monitoramento, Avaliação e Auditoria”, muitas vezes, confundem-se. Dessa forma, é necessário diferenciá-los para que se possa trabalhar no sistema de saúde de forma resolutiva (Figura 1).

**Figura 1** - Conceitos, práticas e finalidades da “Regulação, Monitoramento, Avaliação e Auditoria”.



Fonte: Adaptação dos conceitos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007; MENDONÇA et AL., 2006; BRASIL, 2011b) elaborado pelo Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco- SES.

## 2. AUDITORIA DO SUS

O termo auditoria vem do latim *audire*, que significa “aquele que ouve”. LLANOS (2000) refere que o auditor era a pessoa que aprendia a escutar judicialmente os casos de audiência da corte. Assim sendo, o profissional da auditoria, em sua prática, deve basear-se mais na escuta que na fala.

Os diversos conceitos normatizados por Leis, Decretos, Portarias e Manuais demonstram que as práticas em auditoria divergem. Não obstante, existe, na literatura pesquisada; a divergência entre finalidade e objetivo no âmbito das atividades de auditoria. O Componente Estadual Auditoria de Pernambuco (CEA/PE) compreende conceitos idênticos. Desta feita, o referido componente sintetiza as informações disponíveis e gera subsídios para melhor visualização e entendimento das finalidades, objetos e classificação das auditorias, tais como:

- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde.
- Conferir elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos.
- Aferir a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde.
- Verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos repassados.
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.
- Possibilitar ao controle social o conhecimento de fatos e atos dos gestores da saúde, de forma transparente, para compatibilizar e pactuar o interesse público.

- Aferir o grau de execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres.
- Verificar o cumprimento da Legislação Federal, Estadual, Municipal e normatização específica do setor Saúde.
- Aferir o cumprimento, pelos órgãos e entidades, dos princípios fundamentais do SUS.
- Prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua responsabilidade.

Entende-se por objeto o vocábulo que define um assunto a ser abordado, explicitando a matéria e/ou motivo de forma clara.

#### **Objeto da auditoria**

- A aplicação dos recursos transferidos às secretarias de saúde.
- A aplicação dos recursos transferidos a entidades públicas, filantrópicas e privadas.
- A gestão e a execução dos planos e programas de saúde do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, que envolvam recursos públicos, observando, dentre outros, os seguintes aspectos: organização; cobertura assistencial; perfil epidemiológico; quadro nosológico; resolubilidade/resolutividade.
- A prestação de serviços de saúde na atenção primária, na secundária (ambulatorial e hospitalar) e na terciária (ambulatorial e hospitalar).
- Os contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos similares firmados pelas secretarias de saúde e os prestadores de serviços de saúde do SUS.
- Denúncias voltadas às demandas do SUS.

A auditoria se depara com distintos tipos de classificação, dificultando a compreensão e escolha por parte dos diversos componentes em todo território nacional da melhor forma de desenvolver suas atividades. O quadro abaixo demonstra essa diversidade de classificações (Quadro 1).

**Quadro 1** - Classificação das auditorias de acordo com vários autores.

Classificação	Goiás (2005)	Brasil (2006a)	Brasil (2011b)	Brasil (2011c)	Pernambuco
<b>Tipo de Auditoria</b>	-Analítica -Auditoria Operativa -Auditoria de Gestão -Auditoria Contábil	-Auditoria sobre sistemas de saúde: Gestão -Auditoria de serviços de saúde -Auditoria de ações em saúde <sup>1</sup>	-Auditoria de sistemas de saúde (Gestão) -Auditoria de serviços de ações em saúde (Atenção) -A auditoria de recursos financeiros e de qualidade são transversais a qualquer tipo de auditoria	-Conformidade -Operacional	-Auditoria de sistemas de saúde (Gestão) <sup>2</sup> -Auditoria de serviços de saúde <sup>2</sup> -Auditoria de ações em saúde <sup>2</sup>
<b>Natureza da Auditoria</b>	-Regular ou Ordinária -Especial ou Extraordinária	-Regular ou Ordinária -Especial ou Extraordinária	-Regular ou Ordinária Especial ou -Extraordinária	-Regular ou Ordinária -Especial ou Extraordinária	-Regular ou Ordinária -Especial ou Extraordinária
<b>Forma da Auditoria</b>	-Auditoria Interna ou de 1ª parte -Auditoria externa ou de 2ª parte -Auditoria de 3ª parte	-Direta -Integrada -Compartilhada	-Direta -Integrada -Compartilhada	-Direta -Integrada -Compartilhada	-Direta -Integrada -Compartilhada
<b>Execução da Auditoria</b>	-Auditoria prospectiva ou Auditoria prévia -Auditoria retrospectiva -Auditoria concorrente	-Analítica ou Pré-auditoria -Operativa	-Analítica -Operativa		-Analítica -Operativa

1-A auditoria sobre a aplicação de recursos financeiros é transversal aos três tipos de auditoria: sistemas, serviços e ações de saúde.

2- A auditoria sobre a aplicação de recursos financeiros e de qualidade é transversal aos três tipos de auditoria: sistemas, serviços e ações de saúde.

O Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco, entendendo a necessidade de utilização de terminologias claras, dentre as diversas classificações acima elencadas, elegeu uma classificação de forma a melhorar a sistematização do processo de trabalho, favorecer a mensuração do desempenho das atividades realizadas e adequadas às práticas de auditoria atualmente desempenhadas (Quadro 1).

A atividade auditoria tem sido sistematizada como instrumento de suporte para avaliar os serviços e suas intervenções, em especial, ao assumir a posição de referência na redefinição de objetivos, estabelecimento de conteúdos e estratégias para consolidar melhorias nos serviços de saúde, embasado em imperativos sociais, políticos e técnicos. Nessa conjuntura, é fundamental a compreensão da lógica do contexto específico de cada auditado (REIS, 1993).

## 2.1 BASE LEGAL DE ATUAÇÃO DA AUDITORIA DO SUS

A auditoria é o instrumento pelo qual é realizada uma análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos praticados pela administração, nas questões orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a averiguação da regularidade dos atos técnicos profissionais, praticados por pessoas naturais e jurídicas (BRASIL, 1993). A auditoria vem se fortalecendo por de leis e decretos ao longo dos anos (Figura 2).

Dentre as competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde, conforme artigo 16, inciso XIX, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, consta o estabelecimento do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional. Esse mecanismo 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).

Com o advento da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL, 1993), foi instituído o SNA e suas competências, conforme dispositivo abaixo:

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

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

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

§ 3º Os atuais cargos e funções referentes às ações de auditoria ficam mantidos e serão absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria, por ocasião da reestruturação do Ministério da Saúde, de que trata o art. 13.

§ 4º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.

No entanto, apenas em 1995, a auditoria teve seu início no Sistema Único de Saúde (SUS), com a edição do Decreto nº 1.651, conforme o *caput* do art. 1º (BRASIL, 1995):

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

O art. 2º do Decreto regulamentador traz, em seu bojo, as atividades de Auditoria, controle e avaliação, como parte integrante do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), conforme dispositivo abaixo:

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

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

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.



O Decreto 1.651/95, em seu art. 5º, faz uma demarcação da necessidade da instituição de órgãos nas três esferas de governo, no sentido de estruturar a composição do SNA, estando o SUS como o responsável pela supervisão direta. Inicialmente, o SNA foi integrado pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) e pela Comissão Corregedora Tripartite, sendo essa composta por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS.

O Decreto define, ainda, que a estrutura e o funcionamento do nível federal do SNA se constituiriam como indicativos para a organização das demais esferas de governo: estados, Distrito Federal e municípios.

No artigo 5º, o legislador tentou sistematizar o processo de descentralização do SNA, definindo as competências de cada instância, competindo à esfera federal 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; assim como, pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria.

O nível estadual seria o ente que 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.

Na esfera municipal, compete ao SNA verificar a efetividade das ações e serviços, conforme previsto no Plano Municipal de Saúde; os serviços públicos e/ou privados, contratados e conveniados, sob sua gestão; bem como, as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal, em que o Município esteja associado.

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96, de 27 de agosto de 1996 (BRASIL, 1997) objetivou a continuidade da sistematização abordada, reforçando a estruturação dos componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS.

Essa Norma buscou, também, avançar em direção à constituição de um novo modelo de atenção à saúde, tendo como base a qualidade e os critérios epidemiológicos, de forma a dar prioridade às necessidades dos usuários e não apenas à quantidade das ações e serviços. No mesmo sentido, procurou-se operacionalizar o modelo de gestão do SUS, ao redefinir as responsabilidades da União, estados, Distrito Federal e municípios, ao definir os papéis de cada ente federado na prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS.

A organização e as competências das três esferas de governo se apresentaram dentro do arcabouço federativo na busca de institucionalizar o SUS como uma política nacional, através de uma proposta de articulação administrativa, fiscal, institucional e política, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Esse pacto estava delineado desde a Lei nº 8.689 (BRASIL, 1993), que já preconizava a descentralização do Sistema Nacional de Auditoria em órgãos de representação do Ministério da Saúde, em cada estado da Federação e no Distrito Federal, além daqueles pertencentes ao nível municipal.

Com a necessidade de habilitação do Estado de Pernambuco na gestão plena dos serviços e fundos destinados à área de saúde, em 1998, através do Decreto nº 20.393, fica instituído o Sistema de Auditoria em Saúde no Estado de Pernambuco SEA-SUS/PE, subordinado ao Secretário Estadual de Saúde, compreendendo o conjunto de órgãos da Secretaria Estadual de Saúde/Fundação de Saúde Amaury de Medeiros SES/FUSAM, que exercem a fiscalização, o controle técnico-científico, contábil, financeiro e patrimonial, e a avaliação do desempenho, da qualidade e da resolutividade das ações de atenção à saúde, bem como, pela Comissão Corregedora Bipartite.

O governo do Estado de Pernambuco, no uso de suas atribuições que lhe confere o art. 37, IV, e com fundamento nos arts. 15, I, 16, XIX e 33, § 4º da Lei Federal 8.080, de 19 de setembro de 1999 e no art. 6º da Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 e no Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Todavia, apenas em 2003 através dos Decretos nº 25.318 e nº 25.800 (PERNAMBUCO, 2003a; 2003b), pelos quais se aprova o regulamento e o manual da Secretaria de Saúde do

Estado, respectivamente, a Auditoria começa a ser delineada de acordo com a atualidade apresentando as seguintes competências:

LXXXVIII – à Auditoria do SUS/PE, apreciar e julgar todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a eles vinculados, abrangendo todos aqueles que devem prestar contas ao SUS considerando os recursos federais, estaduais e municipais; observar o cumprimento das normas inerentes à organização e funcionamento do SUS; acompanhar a execução e desempenho de programas de saúde tanto em serviços, quanto nos sistemas municipais, estabelecer e executar um sistema preventivo, no sentido de evitar procedimentos não compatíveis com as normas dos SUS; e colaborar com os projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação em saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto à qualidade no serviço ofertado (Decreto nº 25.800/2003);

LXXXIX – às Unidades de Auditoria dos Serviços de Saúde: desenvolver atividades de controle, fiscalização e acompanhamento de execução dos serviços de saúde (Decreto nº 25.800/2003);

XC – às Unidades de Auditoria de Média e Alta Complexidade: desenvolver atividades de controle, fiscalização e acompanhamento de execução dos serviços de média e alta complexidade (Decreto nº 25.800/2003);

XCI - às Unidades de Auditoria de Sistemas Municipais de Saúde: acompanhar a execução e desempenho de programas de saúde, tanto em serviços quanto nos sistemas municipais de saúde (Decreto nº 25.800/2003);

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 em Gestão Plena do Sistema Municipal, o município que, entre outras responsabilidades, tivesse 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. Esse documento traz a responsabilização dos

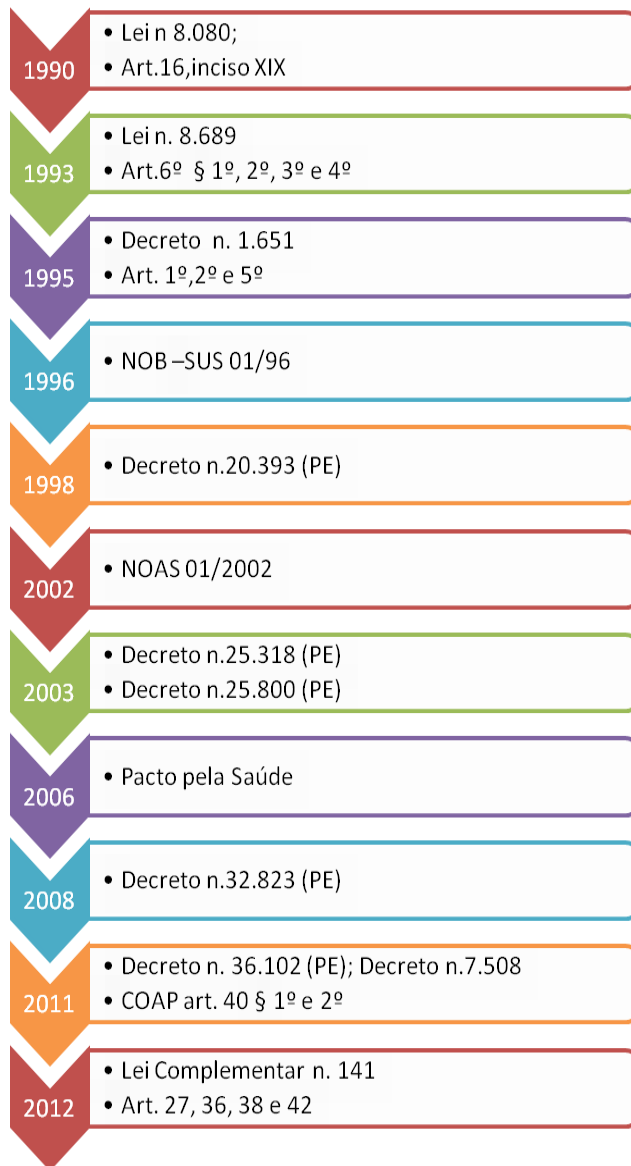
gestores do SUS, no âmbito de cada esfera de governo no que tange ao Sistema e da Atenção à Saúde (BRASIL, 2006b).

O Pacto pela Saúde foi subdividido em três grandes áreas: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS. A auditoria foi ratificada no Pacto de Gestão como um importante instrumento de gestão, assim sendo, é determinante para a consolidação da Política Pública de Saúde. Dessa forma, é imprescindível a consolidação de uma Política Nacional de Auditoria do SUS nos três níveis de gestão, conforme preconizado nas normativas antecedentes.

Nessa perspectiva, a auditoria deve avançar na concepção da garantia da cidadania, viabilizando a eficiência, efetividade e eficácia no sistema de saúde, proporcionando uma assistência de qualidade.

No ano de 2008, surgiu o Decreto nº 32.823 realoca a auditoria do Estado de Pernambuco, deixando-a subordinada à Secretaria Executiva de Regulação em Saúde e a Diretoria Geral de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, composta pela Gerência de Auditoria do SUS e com uma Coordenação Técnica de Auditoria (PERNAMBUCO, 2008). Em 2011, com o Decreto nº 36.102, a Auditoria do Estado passa a ter duas Coordenações Técnicas de Auditoria (PERNAMBUCO, 2011).

**Figura 2-** Histórico das bases legais do SUS no Brasil e em Pernambuco.



Em 2011, 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, passa a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão (BRASIL, 2011a). Na perspectiva de otimizar o acesso ao SUS e qualificar a assistência à saúde em todo o país, o decreto traz novos 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, 2011a).

Segundo o Decreto, as Regiões de Saúde devem ser formadas por um grupo de municípios que, juntos, consigam dar resposta às demandas da população para os serviços de Atenção Primária, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial, Atenção Ambulatorial Especializada e Hospitalar e Vigilância em Saúde, sendo o Contrato Organizativo de Ação Pública o instrumento para viabilizar o acordo firmado entre entes federativos, sobre a definição das responsabilidades, indicadores e metas de saúde dos municípios, por região de saúde.

Com o objetivo de garantir a concretude dos acordos firmados no COAP, o SNA foi posto como instrumento de fundamental importância, conforme Art. 40, *in verbis*:

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 da Saúde.

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

Em 2012, surge no arcabouço jurídico a Lei Complementar (LC) nº 141, que tem por finalidade regulamentar 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, 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 (BRASIL, 2012).

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 LC nº 141:

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 (grifo nosso).

A Lei no seu art. 36 impõe aos gestores do SUS a obrigatoriedade de prestação de contas, por meio de relatórios detalhados a cada quatro meses, contendo, no mínimo, informações acerca do montante e fonte dos recursos aplicados no respectivo período, as auditorias realizadas e/ou em fase de execução e a oferta de produção de serviços na rede de saúde sob sua gestão (BRASIL, 2012).

Para a fiscalização do cumprimento das normas desta Lei Complementar, o Poder Legislativo contará com auxílio do SNA, conforme preconizado no art. 38, abaixo transcrito:

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, **do sistema de auditoria do SUS**, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

- I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
- IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
- V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. (grifo nosso)

Ainda é posto, no artigo 42 da referida Lei, que os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, verificarão, por meio de amostragem, o cumprimento e a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde (BRASIL, 2012).

### 3. AUDITORIA DO SUS EM PERNAMBUCO

A auditoria em Pernambuco passa a existir com a criação do INAMPS em 1984, fomentou a Auditoria Médica, e fez surgir a Auditoria interna da Fundação de Saúde Amaury de Medeiros – FUSAM. Com o surgimento da Constituição Federal de 1988, arts. 196 e 197, ocorreram mudanças significativas na saúde, nas três esferas do governo, evidenciando a necessidade de fiscalização nos órgãos que prestavam assistência à população. Com o advento da Lei 8.080/90, o Sistema Nacional de Auditoria – SNA foi estabelecido. Já em 1993, a Lei nº 8.689 extingue o INAMPS e institui o SNA no âmbito do Ministério da Saúde, que é regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995, o qual reafirma a necessidade de implantação em todas as esferas do governo dos componentes do SNA.

Cumprindo determinação das leis e decretos, em 1998, é criado o Sistema Estadual de Auditoria em Saúde de Pernambuco – SEA-SUS/PE, por meio do Decreto nº 20.393 (PERNAMBUCO, 2003), constituído pela comissão Corregedora Bipartite, Auditores da SES/FUSAM e órgãos de controle interno da Secretaria Estadual de Saúde, ficando subordinado ao Secretário Estadual de Saúde.

Em março de 2003, de acordo com o Decreto Estadual nº 25.318 (PERNAMBUCO, 2003a) é aprovado o regulamento da Secretaria de Saúde. No Art. 3º do decreto em comento, a Auditoria do SUS é incorporada ao organograma desse órgão, com definição das suas competências, a saber:

*Apreciar e julgar todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a eles vinculados, abrangendo todos aqueles que devem prestar contas ao SUS considerando os recursos federais, estaduais e municipais; observar o cumprimento das normas inerentes à organização e funcionamento do SUS, acompanhar a execução e desempenho de programas de saúde tanto em serviços, quanto nos sistemas municipais; estabelecer e exercitar um sistema preventivo, no sentido de evitar procedimentos não compatíveis com as normas do SUS; e colaborar com os projetos e programas de melhoria de qualidade, avaliação em saúde e avaliação da satisfação do usuário quanto à qualidade do serviço ofertado.*

A partir desse marco legal, as atividades de auditoria foram iniciadas, estando em constante evolução do aprimoramento do conceito e das práticas na perspectiva do

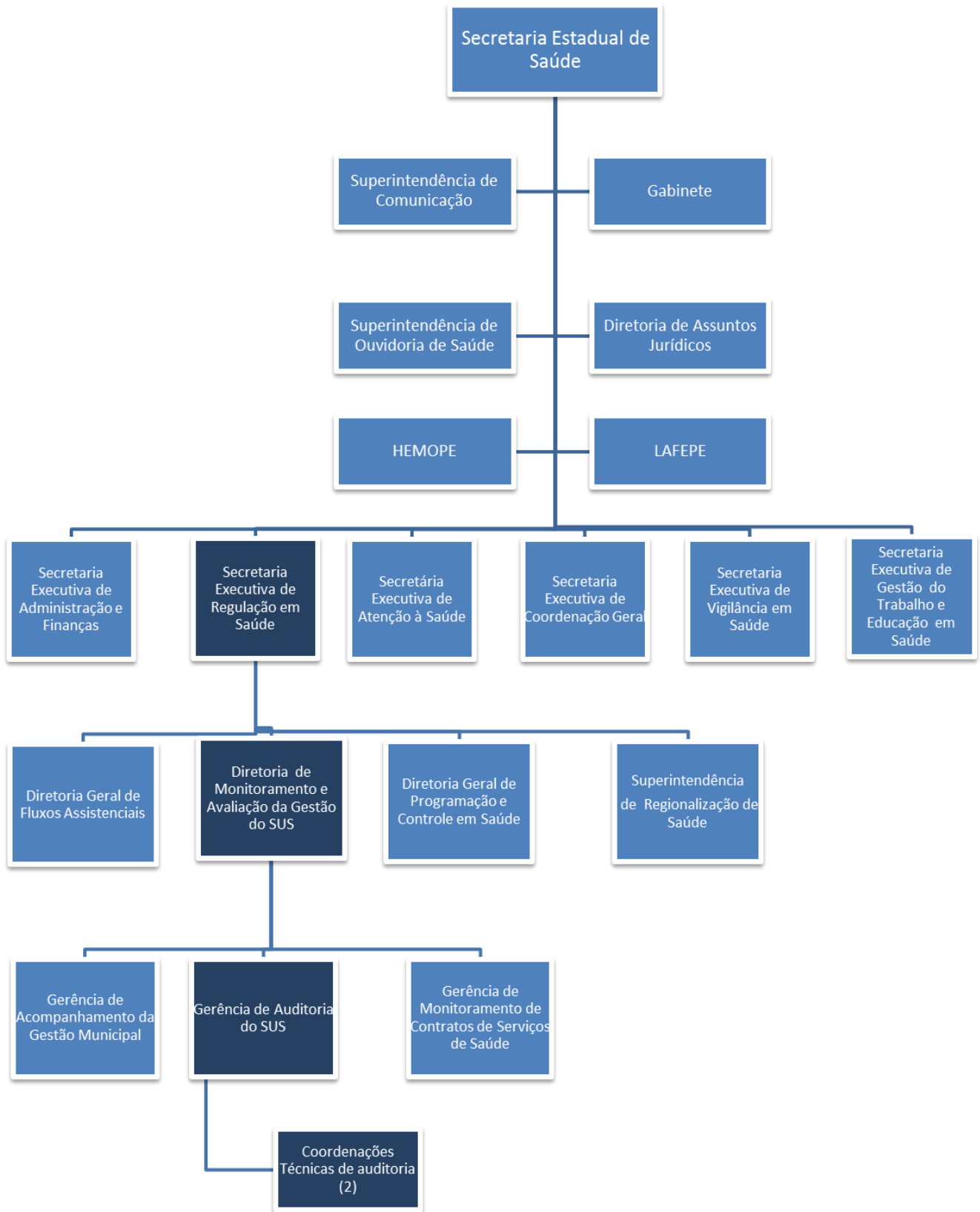


aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas, ratificando a sua condição de instrumento de gestão.

Com o Decreto nº 25.800, sancionado em agosto de 2003, foi aprovado o Manual de Serviços da Secretaria de Saúde, ratificando a importância do Sistema Estadual de Auditoria em Saúde de Pernambuco – SEA-SUS/PE e organizando conforme a atividade desenvolvida, subdividindo o SEA/SUS em: Unidade de Auditoria dos Serviços de Saúde, Unidade de Auditoria de Média e Alta Complexidade e Unidade de Auditoria dos Sistemas Municipais de Saúde. Para tanto foram criadas, nesse mesmo instrumento legal, 30 funções gratificadas, distribuindo-as igualmente entre as unidades (PERNAMBUCO, 2003b).

O Decreto nº. 32.823, de 09 de dezembro de 2008 (PERNAMBUCO, 2008), reestruturou o organograma da secretaria estadual de saúde, criando seis Secretarias Executivas, dentre elas a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde, incorporando a esta o Serviço de Auditoria. Nesse mesmo ato, criou a Gerência de Auditoria do SUS e uma Coordenadoria Técnica de Auditoria. Com a evolução das atividades, ficou evidente a necessidade da criação imediata de mais uma coordenação técnica, somente considerada em 2011, por meio do Decreto nº 36.102 (PERNAMBUCO, 2011), quando foi incorporada à Gerência de Auditoria, ficando, dessa forma, o Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA/PE) estruturado, conforme organograma abaixo (Figura 3):

**Figura 3 – Fluxograma da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.**



Em relação à Auditoria municipal, os avanços pernambucanos se deram de forma morosa e, em função da falta de registros históricos, fica prejudicada a cronologia dos fatos, que, ao longo do tempo, tem surgido de maneira diversa no ponto de vista da sua implantação.

Instituído no âmbito municipal em 1997, através do Decreto Municipal Nº 010/97, o componente de auditoria do município de Caruaru integra o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, com o objetivo de realizar as atividades de auditoria conforme os requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes no Sistema. Em 2011, sofreu reformulações com a publicação do Decreto Municipal Nº 077, de 08 de agosto de 2011, a partir do qual ficou interligado diretamente ao gabinete do secretário municipal de saúde. Com a promulgação do Decreto acima citado, que reformulou o papel da Auditoria no âmbito da gestão municipal do SUS, foi elaborado Regimento Interno, que passou a nortear o passo a passo dos procedimentos adotados pelo SMAC. Em 2010, o Sistema Municipal de Auditoria de Caruaru aderiu ao Sistema Informatizado de Suporte à Auditoria (SISAUD) e, cada vez mais, tem tentado utilizá-lo como instrumento de registro dos procedimentos de auditoria realizados.

O Componente Municipal de Auditoria-SUS Olinda foi criado pelo Decreto Municipal nº 143/2001, integrando o Sistema Nacional de Auditoria-SNA do SUS do Ministério da Saúde. Suas atividades são definidas como essenciais ao funcionamento do Sistema Municipal de Saúde, conforme definido nas diversas legislações sobre o tema e exercidas por servidores com carreira específica de nível superior.

A Secretaria Municipal de Saúde do município do Recife criou, em 2006, a Diretoria Geral de Regulação do Sistema e com ela a Auditoria Assistencial, regulamentada pelo Decreto Municipal Nº 25.080, de 12 de fevereiro de 2010. No biênio 2009-2010, em parceria com o componente federal em Pernambuco, foi implantado o SISAUD – Sistema de Informação em Auditoria. Com a utilização do SISAUD, ampliação do quadro de auditores e qualificação da equipe, as ações da auditoria assistencial proporcionaram o diagnóstico dos serviços auditados, melhor eficiência no controle e acesso ao sistema, revisão da assistência prestada e conseqüente maior resolutividade das ações.

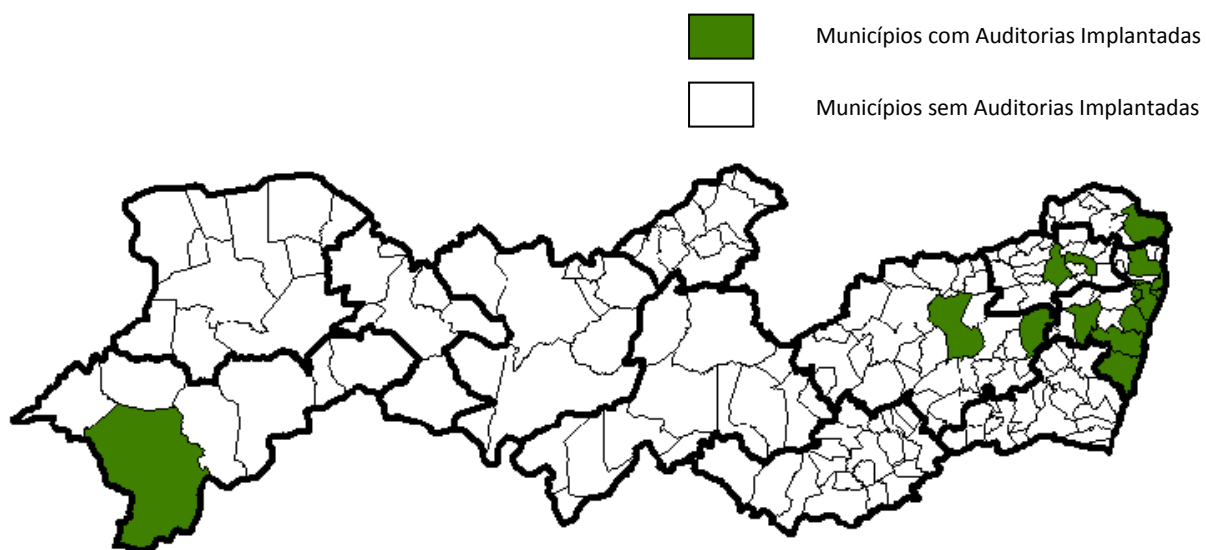
Em 2007, através do Decreto nº 508, de 14 de agosto, foi regulamentado, no município do Jaboatão dos Guararapes, o Componente Municipal do Sistema Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde. Em 2010, foi implantado o Sistema SISAUD/SUS e realizado treinamento no referido sistema.

Através do Decreto nº 140 de 01 de março de 2011, foi instituído e Regulamentado o Sistema Municipal de Auditoria, no âmbito do SUS, em Vitória de Santo Antão. Em 02/04/2011, através da Portaria nº 042/2011, foram nomeados os profissionais para desempenharem as atividades de Auditoria.

O Componente Municipal de Auditoria foi um projeto da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Ipojuca no início da última gestão, em janeiro de 2013, o qual, no organograma da secretaria, apresenta-se subordinado diretamente ao gabinete da Secretária de Saúde. O Componente foi regulamentado em 01/11/2013, a partir da publicação do Decreto Municipal nº 91, que Institui o Sistema Municipal de Auditoria de Saúde/Ipojuca, aprovando o seu regulamento.

O mapa abaixo (Figura 4) sinaliza os componentes municipais implantados e em fase de implantação com maior concentração na região metropolitana.

**Figura 4** – Componentes municipais em Pernambuco.



\*Fonte: SEAUD/PE/DENASUS/ GEAUD/PE

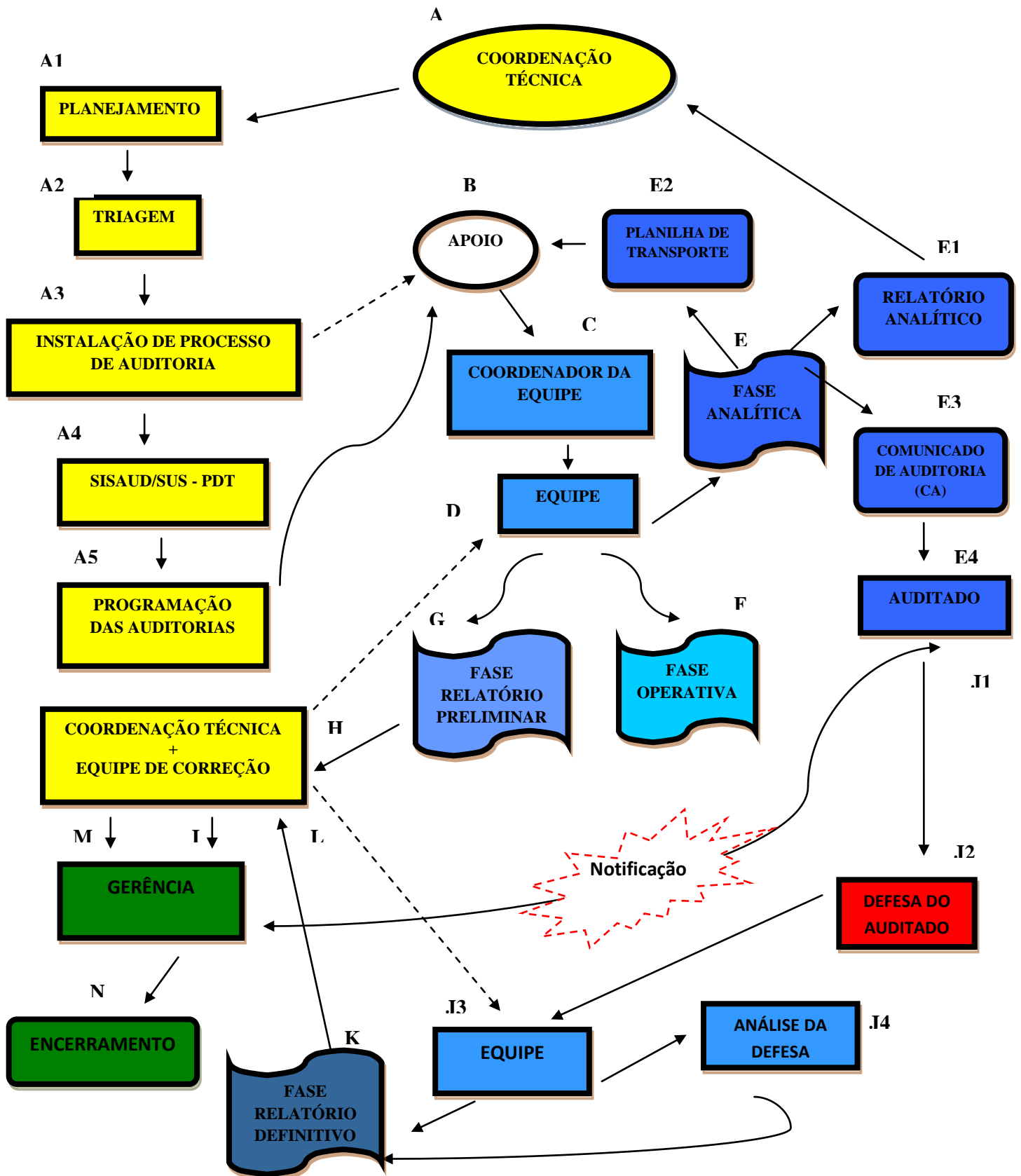
## **4. PROCESSO DE TRABALHO DA AUDITORIA EM PERNAMBUCO**

O Processo de trabalho possui fluxo definido, utiliza protocolos determinados pelo Ministério da Saúde, bem como estabelece os seus próprios, a depender do objeto auditado. Ao longo de 05 anos, apresenta sua produção, indicadores de resultados e desempenho, sempre aperfeiçoando suas atividades.

### **4.1 FLUXO DE TRABALHO**

O fluxo é composto de várias etapas, iniciando com o planejamento das auditorias, passando por suas fases até o seu encerramento e devidos desdobramentos (Figura 5).

Figura 5 – Fluxograma do Processo de Trabalho da Auditoria em Pernambuco.



No fluxograma da figura 5, observa-se:

A Coordenação Técnica **A**: composta por 01 coordenador, que realiza o planejamento anual **A1** em conjunto com a Gerência e Diretoria, visando a contemplar as ações previstas no Plano de Governo e as demandas oriundas dos diversos setores da SES; na triagem **A2**, ocorre avaliação prévia das atividades para eleição das prioridades; por conseguinte, são instalados os processos de auditoria **A3**, gerando no SISAUD/SUS as etapas de planejamento, demanda e tarefa **A4**, bem como, a programação mensal das Auditorias **A5**.

A Coordenação Técnica **A** ainda é responsável pela confecção dos relatórios quadrimestrais das atividades realizadas pelo GEAUD/PE, englobando desempenho geral e individual com mensuração dos indicadores.

A partir desse momento, a programação é enviada ao apoio **B**, de onde parte o processo físico sob protocolo para a Coordenação da Equipe de Auditoria **C**, que fica responsável pelo mesmo e pela organização dos papéis de trabalho.

A Equipe de Auditoria **D** inicia a Fase Analítica **E** realizando o Relatório Analítico **E1**, a Planilha de Transporte **E2** e o Comunicado de Auditoria **E3**, enviando-o ao Auditado **E4**.

Por conseguinte, tem início a Fase Operativa **F**, na qual ocorre a visita da unidade auditada, com a apresentação da equipe de auditores, a explicitação das ações de trabalho e o recebimento dos documentos solicitados no Comunicado de Auditoria **E3**. Após essa etapa, tem início a Fase Relatório Preliminar **G**, visando a demonstrar, através de suas conformidades ou inconformidades como se encontra a unidade auditada. Esse relatório é enviado para análise da Equipe de Correção **H**. Se for encontrado erro, ele retorna à Equipe de Auditoria **D** para que sejam realizadas as devidas correções.

Em seguida é enviado à Gerência **I** para Notificação **J** do Auditado **J1**; o auditado apresenta a Defesa do Auditado **J2** que é encaminhada à Equipe de Auditores **J3**, no qual se realiza a Análise da Defesa **J4**, criando o Relatório Definitivo na Fase Relatório Definitivo **K**. Esse relatório também é submetido à análise pela Equipe de Correção **L** e, caso necessário, retorna à Equipe de Auditoria **J3** para as devidas correções. Desta feita, o

Relatório Definitivo é encaminhado à Gerência **M**, que realiza seu Encerramento **N**, dando os devidos encaminhamentos ao referido Relatório de Auditoria.

## **4.2 PROTOCOLOS**

Com a finalidade de qualificar os trabalhos de auditoria, protocolos são definidos pelo Ministério da Saúde abordando diversas linhas de cuidados, de acordo com as políticas nacionais. Levando-se em consideração o Plano Estadual de Governo, há necessidade de estabelecer outros protocolos, abordando assuntos diversos, prazos e linhas de cuidado.

### **4.2.1 Protocolo de Auditoria**

O Componente Estadual de Auditoria (CEA) apresenta os seguintes prazos:

- 90 dias prazo total de início até encerramento do processo de auditoria.
- 7 dias úteis para o auditado apresentar documentação solicitada no CA.
- 5 dias úteis para correção do Relatório Preliminar antes de envio ao auditado.
- 15 dias úteis para resposta do auditado. Conforme determinação legal (por analogia ao Art. 297 do Código de Processo Civil), o auditado possui prazo de 15 dias úteis para apresentar sua defesa, a contar do dia do recebimento do Relatório Preliminar, com direito a análise para pedido de dilação de prazo quando solicitado.
- 7 dias úteis para análise da documentação apresentada pelo auditado e fechamento do Relatório Definitivo.
- 5 dias úteis para correção do Relatório Definitivo.



#### 4.2.2 Protocolo de Atividades

O Ministério da Saúde apresenta em seu sistema (SNA) alguns tipos de roteiros, os quais sejam: Atendimento Usuário SUS, Auditoria Caps AD, Consultas Especializadas, EC - 29/2000 – Municipal, Gerencial PID, Glaucoma, Oftalmologia, Saúde Bucal – Atenção Básica e Satisfação do Usuário.

O CEA/PE vem realizando o trabalho de construção de *check list* nas seguintes linhas de cuidados: Materno-Infantil, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), PlanejaSUS, ParticipaSUS, Sanar, Dengue, Oncologia, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Terapia Renal Substitutiva (TRS), Cardiologia. Em 2013, por meio da abordagem realizada na Portaria nº 2.556/2011, iniciou-se um projeto piloto para a implantação de relatórios anuais nas linhas de cuidados. No ano de 2014, a partir da utilização da ferramenta Epinfo versão 3.5.2, foram criados relatórios nas seguintes linhas de cuidados: RUE, Sanar, Dengue, ParticipaSUS e PlanejaSUS, com relevância significativa às auditorias realizadas.

Diante do contexto, o CEA/PE organizou a tabela 2, demonstrando as principais linhas de cuidados auditadas no período de 2010 a 2014.

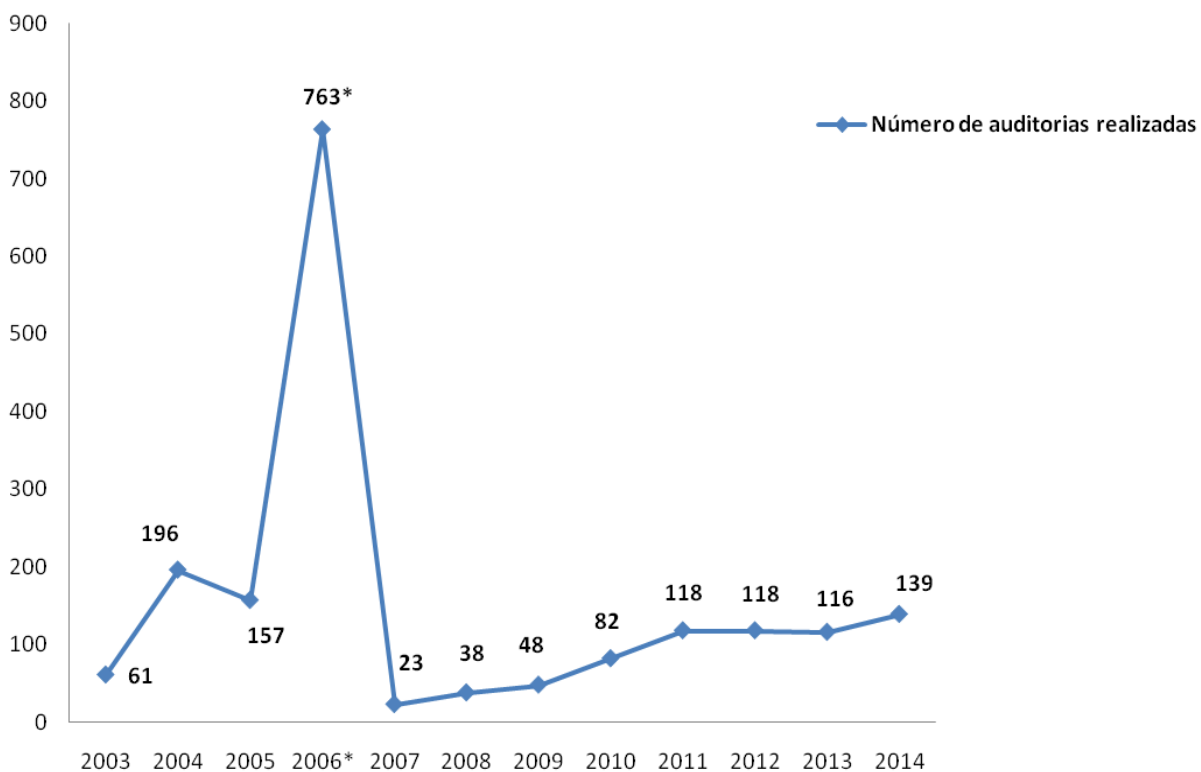
**Tabela 2** - Auditorias realizadas em Pernambuco por linha de cuidados, no período de 2010 a 2014.

Linhas de cuidado	2010	2011	2012	2013	2014
Ortopedia	3	9	1		4
Materno-Infantil	4	24	3	10	
Cardiovascular	1	5		7	2
Oncologia	12		10	2	7
UTI	7	6	35		1
RUE	8	4	5	3	41
TRS			16	7	
Atenção Básica	9	7	11	5	
Atenção Farmacêutica	4	18	3	1	
Sanar e Dengue				18	17
ParticipaSUS				29	
PlanejaSUS					34
TFD	1	4	2	1	
Programas Estratégicos	7	7	2		
Transplante	1			1	3
Hemodiálise		1			
Oftalmologia				1	1
Odontologia				1	
Nefrologia				1	
Otorrinolaringologia/Fonoaudiologia Ambulatorial					1
Dermatologia					1
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>85</b>	<b>88</b>	<b>87</b>	<b>112</b>

#### 4.3 PRODUÇÃO DO COMPONENTE ESTADUAL DE AUDITORIA DE PERNAMBUCO

Com a sua criação no ano de 2003, o componente estadual realizou, até 2009, o quantitativo de 1.286 auditorias, assim distribuídas conforme Gráfico 1, incluindo nestas, auditorias assistenciais, financeiras e de gestão. No período acima referido, não existia ferramenta de trabalho instituída para a confecção dos relatórios, gerando uma produção individualizada por equipe de trabalho. Essa prática se mostrava pouco eficiente na uniformidade da produção, fato que foi corrigido com o advento do Sisaud.

**Gráfico 1** - Número de auditorias realizadas.



\*No ano 2006 as atividades de controle e avaliação eram consideradas como auditoria

Em 2010, o CEA/PE passou a utilizar o SISAUD como ferramenta de trabalho, o que aprimorou o planejamento, a execução e a análise dos resultados.

O Sisaud/SUS é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 1.467, de 10 de julho de 2006. Tem por objetivo geral a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades. É uma ferramenta informatizada, voltada para a integração das informações referentes às atividades de auditoria no Sistema Único de Saúde.

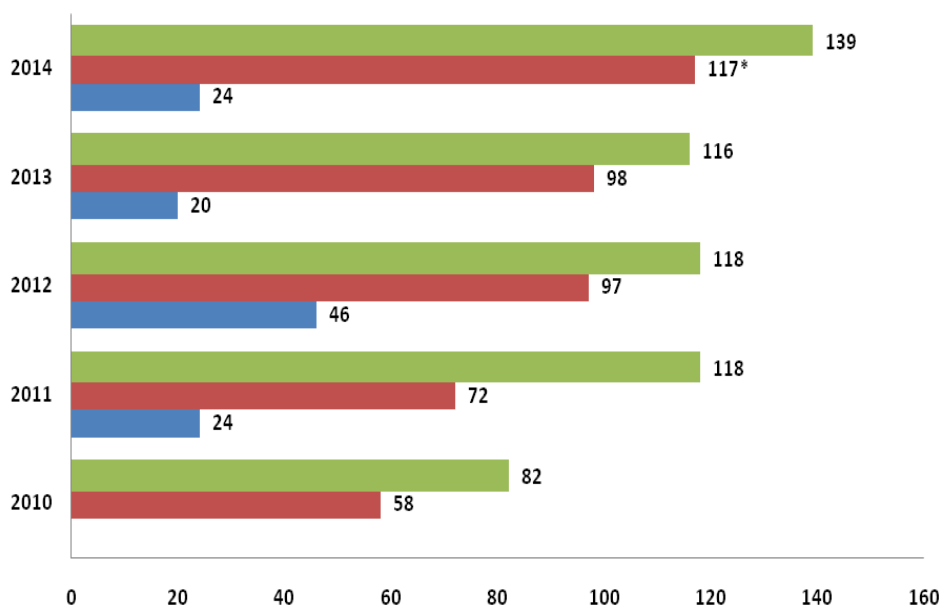
Esse sistema permite o acompanhamento das auditorias, a normatização dos instrumentos utilizados, tais como: relatórios, roteiros, notas técnicas, constatações, recomendações, glosas, a facilidade de trabalhos integrados, a unificação de demandas, o registro eletrônico dos resultados das auditorias com certificação digital (assinatura

eletrônica), o registro de atividades mediante programação da equipe, a facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório.

No gráfico 2, observa-se o quantitativo de auditorias programadas/realizadas e encerradas a cada ano, assim como o número de auditorias encerradas no ano subsequente, visto que o tempo previsto para encerramento dos processos é de 90 dias.

Vale salientar a existência de nove grupos de estudos (GE) em que são organizados os conteúdos dos trabalhos nas linhas de cuidados (2012 – 1 GE, 2013 – 4 GE, 2014 – 4 GE) que não foram inseridos no gráfico abaixo por não representarem uma auditoria propriamente dita.

**Gráfico 2** - Número de auditorias programadas e encerradas.



	2010	2011	2012	2013	2014
■ Programadas	82	118	118	116	139
■ Encerradas	58	72	97	98	117
■ Encerradas no ano subsequente		24	46	20	24

Fonte: DGMAGS/Gerência de Auditoria/SES-PE e SNA

\*Auditorias encerradas até outubro de 2014.

A produção 2010-2014 totaliza 573 auditorias organizadas de acordo com a classificação adotada pelo CEA/PE na tabela 2. Observa-se, com relação ao tipo de auditorias, que serviço apresentou maior número 50,1% (N=304): quanto à natureza, destacou-se a regular 71,90% (N= 412) e, quanto à forma, o maior quantitativo foi a direta 91,97% (N=527).

**Tabela 2** – Atividades conforme classificação do CEA/PE no período de 2010 a 2014.

	<b>Auditorias</b>	<b>2010 (N=82)</b>	<b>2011 (N=118)</b>	<b>2012 (N=118)</b>	<b>2013 (N=116)</b>	<b>2014 (N=139)</b>	<b>Total (N=573)</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de auditoria</b>	Gestão	12	29	20	34	37	132	23,04
	Serviço	50	65	86	41	62	304	53,05
	Ações	20	24	12	41	40	137	23,91
<b>Natureza</b>	Regular	53	87	86	78	108	412	71,90
	Especial	29	31	32	38	31	161	28,10
<b>Forma</b>	Direta	72	103	101	113	138	527	91,97
	Integrada	10	14	17	3	1	45	7,85
	Compartilhada	0	1	0	0	0	1	0,17

#### 4.4 INDICADORES DE DESEMPENHO DO CEA

Nas últimas décadas, a Administração Pública vem enfrentando vários desafios que estimulam a criação de novas metodologias organizacionais, capazes de responder às constantes exigências da sociedade. Além disso, a necessidade de financiamento do setor público tem exigido dos governos a constante mensuração dos objetivos, metas e resultados alcançados, tanto em relação ao proposto e planejado, como em relação aos custos despendidos.

Assim, a administração voltada para a eficácia, eficiência e efetividade necessitam da avaliação da produtividade, utilizando-se para tanto indicadores de desempenho que aferem os resultados alcançados através de uma metodologia específica, relacionando o gerenciamento voltado para o resultado. Essa metodologia tem sido adotada em administrações públicas de diversos países, tais como Austrália, Estados Unidos, Reino Unido dentre outros.

O indicador de desempenho também é citado na literatura como um instrumento de mensuração quantitativa ou qualitativa que, através de um número, percentagem ou razão mede individualmente os aspectos do desempenho, com o objetivo de comparar esta medida com metas preestabelecidas.

Os indicadores quase sempre são compostos por variáveis provenientes de um dos seguintes grupos: custo, tempo, quantidade e qualidade, permitindo:

- A avaliação qualitativa e a quantitativa do desempenho global, por meio da avaliação de suas metas.
- O acompanhamento e a avaliação do desempenho da equipe ao longo do tempo e, ainda, a comparação entre:

desempenho planejado x desempenho real;

desempenho atual x padrão de comparação;

desempenho anterior x desempenho atual;

- Ajuda o processo de desenvolvimento organizacional e de formulação de programações de médio e longo prazo.
- Melhora o processo de coordenação organizacional, a partir da discussão fundamentada dos resultados e o estabelecimento de compromissos entre os diversos participantes do processo.

O CEA/PE utiliza, na avaliação de desempenho, os indicadores apontados no quadro 2, de forma periódica quadrimestral, para aferir as metas estabelecidas, tanto das atividades individuais, quanto das equipes envolvidas no processo de auditoria. Na ausência de metodologia e parâmetros definidos na literatura, o CEA definiu, em consenso entre os técnicos, a construção dos indicadores e suas metas, que, desde 2010, vêm sendo utilizados como ferramentas para acompanhamento e avaliação da estrutura, processo e resultado.

Para isso, os indicadores foram agrupados segundo eficácia, eficiência e efetividade, considerando as seguintes definições:

- EFICÁCIA: objetiva a medição das metas atingidas
- EFICIÊNCIA: objetiva aferir o melhor resultado com menor tempo e custo.
- EFETIVIDADE: objetiva a medição do resultado com satisfação (qualidade), conteúdo do produto apresentado (ortografia e concordância padrão; evidências e fontes de evidências coerentes com o objetivo da auditoria; coerência das recomendações com as evidências; conclusões claras; embasamento legal para cada evidência) e responsabilidade com a documentação.

**Quadro 2 - Indicadores de Desempenho da Auditoria de Pernambuco.**

Objetivo do Indicador	Tipo do Indicador	Indicador	Meta	Fonte de verificação	Método de cálculo	Periodicidade
Eficácia	Indicador Global	Percentual de Auditorias Reprogramadas	0%	SISAUD	$\frac{\text{Número de auditorias reprogramadas}}{\text{Nº total de auditorias}} \times 100$	Quadrimestral
		Percentual de Auditorias Encerradas em Tempo Oportuno	100%	SISAUD	$\frac{\text{Nº de auditorias encerradas em até 90 dias}}{\text{Nº total de auditorias}} \times 100$	Quadrimestral
		Média de análises por processo (Coordenação)	2	SISAUD e Relatório da câmara de revisão	Nº de análises/Número de processo	Quadrimestral
		Número de auditorias programadas	48	SISAUD	Nº Total de auditorias programadas	Quadrimestral
Eficácia	Indicador de Equipe	Percentual de Equipes que elaboraram Relatórios Analíticos	100%	SISAUD e Relatório da Câmara de Revisão	$\frac{\text{Nº de equipes que elaboraram relatórios analíticos}}{\text{Nº total de equipes encerradas}} \times 100$	Quadrimestral
	Indicador Individual	Participação dos Auditores em Curso de curta duração	1	Certificado emitido pelo órgão de ensino	Nº de Certificados apresentados <sup>1</sup>	Semestral
		Participação em Atividade de Preceptoria	1	Certificado emitido pelo órgão de ensino	Nº de Certificados apresentados <sup>2</sup>	Semestral
		Percentual de Participação do Auditor como Coordenador de Equipe	30%	SISAUD	$\frac{\text{Nº de Participações como Coordenador}}{\text{Total de auditorias realizadas pelo auditor}} \times 100$	Anual



**Quadro 2 - Indicadores de Desempenho da Auditoria de Pernambuco (cont.).**

Objetivo do Indicador	Tipo do Indicador	Indicador	Meta	Fonte de verificação	Método de cálculo	Periodicidade
Eficiência	Indicador Global	Tempo de Encerramento das Auditorias	48	SISAUD	Mediana do tempo de encerramento (em dias) das auditorias	Quadrimestral
		Percentual de Auditorias Encerradas	75%	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de auditorias encerradas}}{\text{N}^\circ \text{ total de auditorias programadas}} \times 100$	Quadrimestral
		Número de Prestação de Contas das Auditorias, conforme LC 141	3	Relatório de Gestão	Nº de Prestações de Contas ao gestor, em tempo oportuno <sup>3</sup> , das auditorias realizadas e em andamento.	Anual
	Indicador de Equipe	Percentual de relatórios preliminares elaborados em até 30 dias	100%	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de relatórios preliminares elaborados em até 30 dias}}{\text{N}^\circ \text{ total de relatórios preliminares}} \times 100$	Quadrimestral
Efetividade	Indicador Global	Média de tramitações por auditorias encerradas	9	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tramitações}}{\text{N}^\circ \text{ total de auditorias encerradas}} \times 100$	Quadrimestral
	Indicador de Equipe	Média de tramitações por auditorias encerradas	9	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tramitações por equipe}}{\text{N}^\circ \text{ total de auditorias encerradas por equipe}} \times 100$	Quadrimestral
		Percentual de correção dos relatórios em tempo oportuno	100%	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de tramitações para correção em tempo oportuno}^* \text{ por equipe}}{\text{N}^\circ \text{ total de tramitações para correção por equipe}} \times 100$	Quadrimestral
		Média de Tempo para Correção	5	SISAUD	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de dias das tramitações para correção por equipe}}{\text{N}^\circ \text{ total de tramitações para correção por equipe}} \times 100$	Quadrimestral

- 1- Equivalente a 8 (oito) horas semestrais de investimento em formação na área afim.
  - 2- Certificado de, no mínimo, três meses corridos ou intercalados de realização de atividade de preceptoria.
  - 3- Correspondente aos meses de janeiro, maio e setembro, subsequentes ao fechamento quadrimestral das atividades.
- \*Finalizar as correções em até 5 (cinco) dias úteis.

## 5. AUDITORIA COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO

### 5.1 MISSÃO, VISÃO E VALORES COMO PRINCÍPIOS ESSENCIAIS

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS, enquanto componente federal do SNA enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção do auditor em relação ao SUS, em sua responsabilidade de apoiar a gestão, de manter uma conduta permanente de vigilância aos indicadores de saúde e aos resultados das ações (BRASIL, 2011a).

É fato que a auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços, e a necessidade de melhoria ou de ações preventiva, corretiva e saneadora. Tem como objetivo, entre outros, propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde (BRASIL, 2011a).

Dessa forma, a auditoria é considerada, em sua versão mais atual, como um poderoso instrumento gerencial, que permite o conhecimento, a validação, a interpretação, a análise e a otimização da informação no sistema público de saúde. Esse conceito é ainda mais fundamental, porque existe uma questão ética que permeia a necessidade da destinação correta dos recursos públicos, a definição das prioridades e a garantia do acesso humanizado com qualidade do cidadão aos serviços de saúde, assim a auditoria é uma ferramenta preciosa para o gestor na garantia do direito à saúde. A noção mais ampla do conceito e do papel da auditoria, nem sempre é compreendida pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011b).

Salientamos então que a clareza na definição do papel da auditoria no cenário da saúde no Brasil, é de tão grande relevância quanto a implementação e solidificação das ações em defesa do SUS. Nesse contexto, o Componente Estadual de Auditoria de Pernambuco (CEA) compreende missão, visão e valores como Princípios Essenciais a nortear a lógica do seu corpo técnico.

A visão e a missão devem ser utilizadas pelas instituições para transmitir sua ideologia e seus valores. Eles são conceitos imprescindíveis, pois são a base para a definição das estratégias que guiarão as ações da organização como um todo, bem como de cada membro em particular, fazendo com que haja uma convergência de metas e um direcionamento mais eficaz da força de trabalho e dos recursos/investimentos, ajudando na construção de suas identidades e no estabelecimento de metas a serem alcançadas. Para se direcionar ao sucesso, necessita-se, primordialmente, saber aonde se quer chegar e por que quer alcançar tais objetivos. Possuir essa definição bem clara possibilita que todos os envolvidos nesse processo detenham o mesmo olhar perante a instituição. Dessa forma, a missão e a visão constituem a base referencial sobre a qual devem ser assentadas todas as diretrizes de condução estratégica da organização.

Neste momento, conceituaremos missão e visão. A missão corresponde à razão de existência de uma organização e a delimitação das atividades dentro do espaço que deseja ocupar em relação às oportunidades de negócios. É ela quem define o propósito fundamental e único que a organização tenta seguir para identificar seus produtos e/ou serviços, assim como seus clientes (TAVARES, 2001). De uma forma geral, a missão deixa clara onde a organização vai atuar e qual será o seu foco principal. É importante que, ao estabelecer uma missão, se atente ao motivo primordial que deu origem a sua criação, de modo que, com o passar do tempo, ela continue fiel ao que a gerou e sua linha de atuação. Ela corresponde exatamente à explicação por escrito das intenções e aspirações da instituição, não devendo ter conotação temporal.

A visão diferente da missão diz respeito aonde se quer chegar. Ela é a situação futura desejada, deve ser uma meta ambiciosa, e servir como um guia para a definição dos objetivos e a realização da missão; visualiza uma realidade futura. Através dela, é possível explorar as possibilidades e as realidades desejadas (SENGE, 1990). A visão deve ser algo a longo prazo e descrever ideais e sonhos das pessoas que compõem a organização, expressando grandes desafios. O estabelecimento de uma visão exige pensar além das capacidades atuais da organização e de seu ambiente competitivo (COLLINS; PORRAS, 1996).

Já sobre os valores institucionais incidem as convicções que fundamentam as escolhas por um modo de conduta tanto de um indivíduo, quanto em uma organização. Para Richard Barret, 2008, os valores institucionais têm um papel tanto de atender aos seus objetivos quanto de atender às necessidades de todos aqueles a sua volta. Estão envolvidas questões como satisfação dos usuários, valorização e respeito às pessoas, responsabilidade social e respeito ao meio ambiente.

O objetivo de se ter uma missão para a auditoria é deixar clara a razão da existência da mesma (a que veio) e o da visão é explanar o que ela almeja, ou seja, o que pretende alcançar. Para tanto, a missão e a visão precisam ser descritas com bastante objetividade, de forma a indicar a direção em que se deve atuar. As decisões estratégicas, as atividades, os pensamentos norteadores e as ações dos seus técnicos deverão estar subordinados e norteados pela sua missão e visão.

Neste contexto, o CEA/PE compreende missão, visão e valores como Princípios Essenciais que norteiam a lógica do seu corpo técnico. Sua missão é proporcionar melhoria efetiva na qualidade da saúde aos usuários do SUS, atuando em todo o Estado de Pernambuco e/ou em redes interestaduais, proporcionando mudanças com trabalho sistemático, em consonância com os preceitos legais. Sua visão é atuar de maneira desconcentrada, descentralizada e regionalizada, com produção qualificada dos processos de trabalho, resultando na efetiva melhoria do SUS. Seus valores estão alicerçados nos princípios éticos, na obediência aos parâmetros legais, no trabalho qualificado em equipe, na observância aos princípios do SUS e estão norteados pela responsabilidade social e de cidadania.

## **5.2 REESTRUTURAÇÃO DO CEA**

A reestruturação do CEA é necessária mediante efetividade e qualidade do processo de descentralização, organização e gestão das ações e dos serviços do SUS, assim como de consolidar os compromissos e as responsabilidades dos gestores no desempenho das atividades de auditoria. Nesse contexto, os componentes municipais de auditoria do SUS tem papel fundamental, corroborando com a descentralização de ações,

monitoramento das pactuações governamentais e no controle de qualidade dos serviços prestados no âmbito do Sistema.

Levando em conta o parâmetro de 2,5 municípios e 12 unidades para cada auditor, calculados tendo como base os estados da federação (Bahia e Mato Grosso do Sul), cujos componentes estaduais se apresentam de forma estruturada, com auditores de carreira e processo de trabalho descentralizado, é necessário aumentar em Pernambuco o quadro de RH com mais 85 servidores (207%), totalizando 126 auditores, considerando a existência de 41 técnicos no momento, para a devida cobertura, visto que o Estado contém 184 municípios e 1 território, distribuídos em 12 Regiões de Saúde agrupadas em 4 macrorregionais (I - Metropolitana, II -Agreste, III - Sertão e IV - Vale do São Francisco e Araripe).

Considerando o levantamento realizado pelo componente, em 2013, das distâncias percorridas em quilômetros, pelas equipes de auditorias, de 120 atividades realizadas, apenas 19% ocorreram em distâncias além de 260 km, ficando por tanto 81% das atividades concentradas aquém dessa distância (Tabela 2), o que deixa evidente a dificuldade de realização das tarefas em função das distâncias, quantitativo de técnicos e concentração dos mesmos.

Desta feita, a reestruturação prevê a descentralização e desconcentração com a criação de coordenações técnicas de auditoria para cada regional de saúde, assim como a distribuição dos auditores nas respectivas regionais.

Tabela 2 - Levantamento das Auditorias em relação às distâncias percorridas no ano de 2013.

<b>Distâncias em km</b>	<b>Nº Auditorias</b>	<b>%</b>
0 – 260	97	81
261 – 782	23	19
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

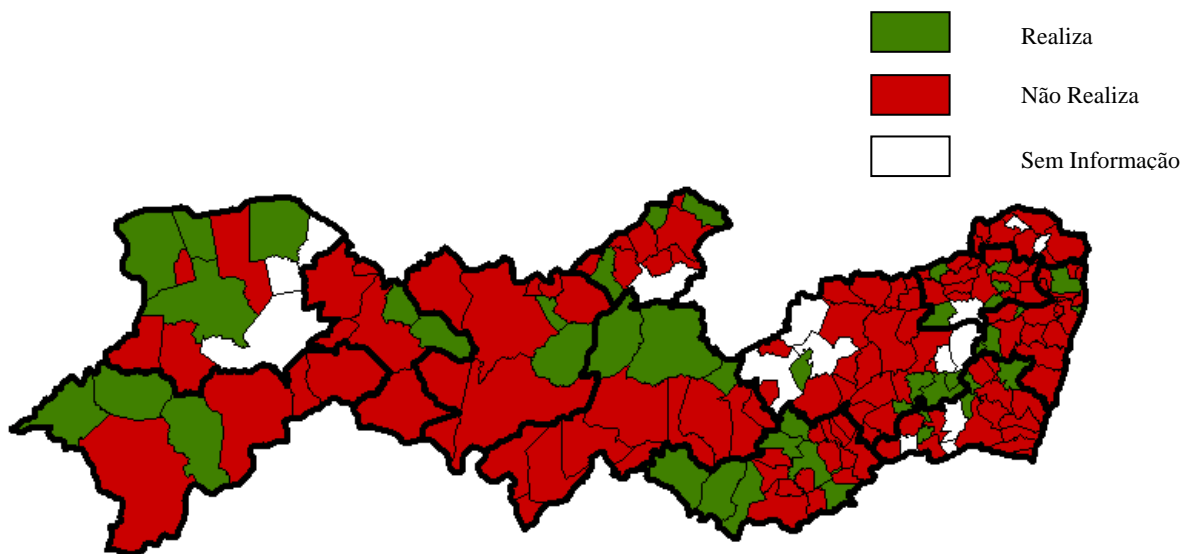
Além disso, a grande concentração das atividades de auditoria encontra-se ainda nas ações e serviços de saúde, contemplando a gestão em apenas 23,04%, descrito no

item 4.3, o que torna fundamental mudanças no objeto de auditoria, visando à gestão como o elemento a ser auditado.

Com o advento do Pacto pela Saúde no ano de 2006, o Pacto de Gestão contemplado nele foi um importante instrumento e determinante para a consolidação da Política Nacional de Auditoria do SUS nos três níveis de gestão, conforme preconizado nas normativas antecedentes (BRASIL, 2006b).

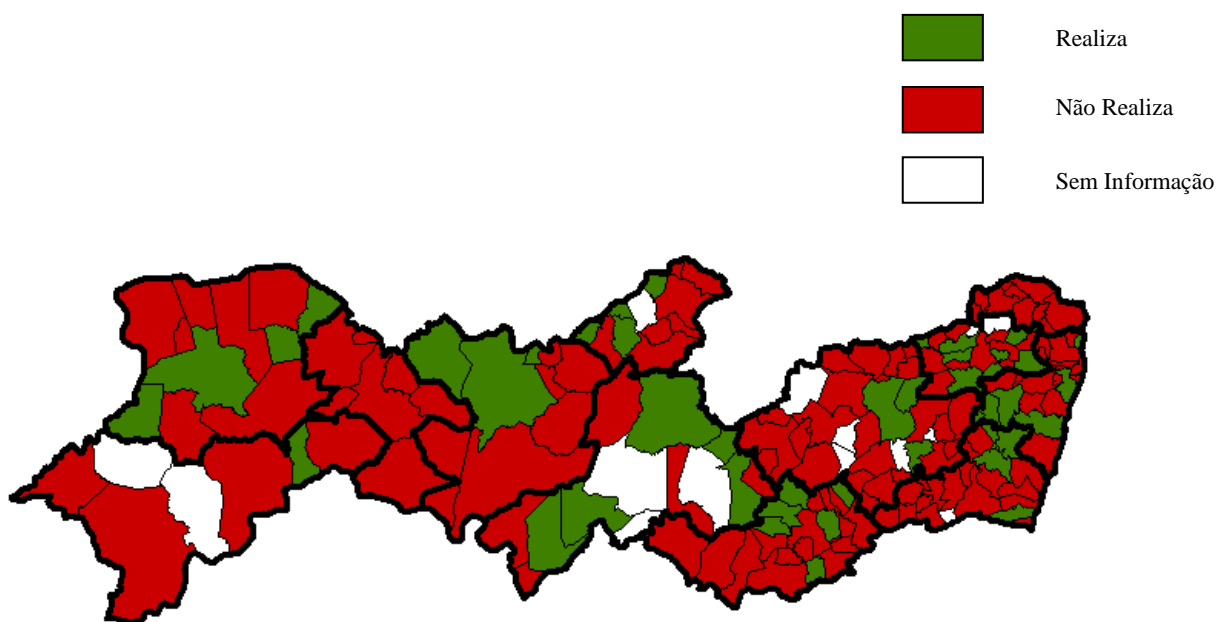
Assim, as informações disponibilizadas pelos gestores referentes ao Eixo 4 - Responsabilidade da Auditoria no Termo de Compromisso de Gestão (TCG), geraram mapas sobre a implementação do serviço de auditoria nos municípios (Figuras 6 e 7).

Figura (6) Eixo 4.17 – Implementar a auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde, públicos e privados, sob sua gestão, tomando como referência as ações previstas no plano municipal de saúde e em articulação com as ações de controle, avaliação e regulação assistencial.



\*Fonte: SISPACTO

Figura (7) Eixo 4.18 – Realizar auditoria assistencial da produção de serviços de saúde públicos e privados, sob sua gestão.



\*Fonte: SISPACTO

Dessa forma, nota-se uma visão distorcida em relação à percepção de implantação de serviços de auditoria, quando o estado de Pernambuco reconhece como implantado apenas 14 municípios, tendo os critérios para isso já abordados anteriormente. Contudo, 45 municípios admitem realizar o Eixo 4.17 e, o mesmo quantitativo para o Eixo 4.18, segundo o Termo de Compromisso de Gestão (TCG), o que nos remete afirmar a falta de compreensão dos conceitos e atribuições da auditoria no SUS, suscitando a necessidade de reestruturação do conhecimento do tema, assim como ratifica a necessidade de auditoria de gestão nos componentes municipais fortalecendo o Sistema Nacional de Auditoria.

### **5.3 REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ DE AUDITORIA DO SUS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

O CEA/PE buscando constantemente o seu aprimoramento realiza reuniões mensais com finalidade de assegurar a articulação entre as três esferas de governo, além de garantir o modelo de gestão descentralizada e regionalizada, fortalecendo a integração dos Componentes de Auditoria para o planejamento e avaliação das ações de auditoria, campeando a efetiva melhora da gestão do SUS em Pernambuco.

Desta feita, criou-se o Comitê de Auditoria do Sistema Único de Saúde do Estado de Pernambuco – Casuspe, instância colegiada que constitui foro privilegiado de discussão e decisão quanto aos aspectos operacionais do Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Estado de Pernambuco.

O Casuspe contará, em cada Macrorregião de Saúde, com uma instância de caráter participativo, para discussão, negociação, pactuação e deliberação das atividades de auditoria, com o conjunto dos municípios correspondentes às bases territoriais de planejamento da atenção à saúde regional, conforme Plano Diretor de Regionalização.

O Casuspe apresenta como competências:

a) regulamentar os aspectos operacionais das atividades de auditoria no âmbito estadual;



- b) fomentar a elaboração, implantação e implementação da Auditoria, inerentes ao processo de descentralização e desconcentração da gestão das ações de auditoria na perspectiva do fortalecimento e qualificação do Sistema Nacional de Auditoria;
- c) estabelecer condições para a reformulação do modelo assistencial vigente, buscando-se a assistência integral, universalizada, equânime, regionalizada e hierarquizada, tendo como eixo a prática do planejamento integrado;
- d) articular com os órgãos e entidades do SUS/PE, no sentido de orientar o processo decisório;
- e) estabelecer as condições materiais para o funcionamento do Sistema Nacional de Auditoria;
- f) encaminhar as propostas e decisões referendadas para a Comissão Intergestora Bipartite para providenciar a execução e encaminhamentos respectivos;
- g) elaborar Parecer Técnico e Resoluções sobre temas conflituosos, no âmbito das atividades de auditoria;
- h) criar, por Resolução do Secretário de Estado da Saúde, as Comissões Macrorregionais de Auditoria;
- i) dirimir conflitos por ocasião das atividades nas Comissões Macrorregionais de Auditoria;
- j) homologar e/ou propor alterações dos pareceres nas Comissões Macrorregionais de Auditoria;
- k) propor, normatizar e acompanhar as atividades de auditoria, no âmbito estadual, em consonância com SNA;
- l) pronunciar-se sobre os relatórios anuais de atividades de auditoria;
- m) apreciar e supervisionar a programação anual das auditorias no Âmbito do Estado de Pernambuco;
- n) alterar este regimento, quando da comprovada necessidade; e
- o) discutir e/ou deliberar sobre outros assuntos de interesse do SNA.

## 6. A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO CONTINUADA EM AUDITORIA

O CEA/PE é composto por uma equipe multidisciplinar nas áreas de saúde, administrativa e financeira.

A formação do auditor é algo que ainda está em construção, constituindo-se uma área de especialização em gestão pública.

Para suprir a necessidade da formação contínua em auditoria, fez-se necessária a adoção de algumas medidas pelo CEA/PE, a saber:

1. implantação de educação permanente em serviço;
2. realização de um curso de especialização em saúde pública com foco em auditoria para a equipe.

A implantação da educação permanente é considerada um instrumento pedagógico estratégico nos processos voltados para a qualificação da gestão participativa, e segundo Candeias (1997), entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem, delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à área em apreço.

Considerando o embasamento na educação permanente em saúde como política de educação para o SUS e como prática de ensino-aprendizagem, relacionada com o trabalho, o processo de planejamento das atividades tem considerado a necessidade de associar a formação com o cotidiano laboral. Essa orientação procura articular estratégias de fortalecimento da ação de auditoria no contexto das transformações que são demandadas à gestão, inclusive por meio da formação ampliada dos auditores que compõem o Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo.

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma parte das atividades voltadas para a saúde, prendendo-se especificamente à habilidade de organizar logicamente o componente educativo de programas que se desenvolvem nos ambientes sociais, entre eles o local de trabalho.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do Ministério da Saúde, definida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), conforme Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, assim se expressa:

“... a definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS, seja no âmbito nacional, estadual, regional e municipal, deve considerar o conceito de educação permanente em saúde e articular as necessidades de saúde com as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais [...] deve ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, deve partir dos problemas enfrentados na realidade levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe-se que os processos de educação dos trabalhadores de saúde se façam a partir da problematização do processo e das práticas de trabalho. Os processos de educação em saúde devem ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”.

Na perspectiva de atualização e aprimoramento das ações de auditoria, o componente estadual implantou a educação permanente em serviço, abordando alguns temas que fazem parte do cotidiano da auditoria, tais como: o perfil do auditor, auditoria com foco financeiro, Decreto 7508/2011, contrato organizativo COAP, política de controle social, de assistência farmacêutica, atenção básica, vigilância em saúde, monitoramento de contratos e convênios, administração pública e agente público e os sistemas de informações aplicados à auditoria.

Uma das conquistas trazidas pela implantação da educação permanente em saúde no CEA/PE refere-se à dicotomia que existia entre auditoria financeira e auditoria assistencial, de forma que, atualmente, independente da formação profissional, o auditor desenvolve seu trabalho em qualquer área ou matéria.

Outra relevância da referida implantação ocorreu quanto à participação dos auditores que integram os componentes municipais na maior parte das aulas, cooperando assim para o fortalecimento do sistema, diminuindo a dificuldade deles no desenvolvimento do trabalho nas diversas áreas nos municípios.

A realização do curso de especialização em saúde pública com foco em auditoria foi outra estratégia de nivelamento e fortalecimento do sistema. O curso recebeu

financiamento dos recursos da Política Nacional de Gestão PARTICIPASUS SES/PE e especializou 31 auditores, com ênfase na utilização de ferramentas e serviços que são usadas no trabalho de auditoria, visando a tornar o SUS mais eficiente, efetivo e equânime ao melhorar a sua capacidade técnica.

Com o aumento da implantação dos componentes municipais de auditoria, será necessário um maior investimento na qualificação dos recursos humanos envolvidos, visibilidade da qualidade do serviço prestado e dos recursos empregados no Sistema Único de Saúde, contribuindo assim para o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria.

## REFERÊNCIA

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. Brasília, 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS –01/1996.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 06 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Manual de Normas de Auditoria, 2. ed.,** Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1069, de 19 de agosto de 1999.** Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000.** Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27-02-2002.** Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Diário Oficial da União. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistema. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle Avaliação e Auditoria do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão/Ministério da Saúde.** Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho 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 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 248, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **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, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-13, São Paulo, 1997.

CASTRO, D. P. **Auditoria e Controle Interno na Administração Pública**. São Paulo: Atlas, 2008.

COLLINS, J. C.; PORRAS, J. I. Building your company's vision. **Harvard Business Review**, Boston, v. 74, n. 5, p. 65-77, sept./oct. 1996.

FARIAS S. F.; GURGEL JÚNIOR, D.G.; COSTA, A.M.; BRITO R.L.; BUARQUE, R.R. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1.043-1.053, 2011.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde de Goiás. **Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria**. Goiânia: SES/SCATS, 2005. Disponível em:  
[http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq\\_908\\_arq\\_414\\_manualdeauditoria.pdf](http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_908_arq_414_manualdeauditoria.pdf)

LLANOS, Z., F. Auditoria médica en el primer nivel de atención. **Rev. Med Hered**, v.11, n. 3, p.107-112, jul./set. 2000

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org.). **A política de regulação no Brasil**. Brasília, DF: OPAS: MS, 2006. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 12).

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P.E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.3, p.571-576, 2012.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Decreto n° 20.393, de 13 de março de 1998**. Organiza o Sistema Estadual de Auditoria em Saúde de Pernambuco - SEA-SUS e dá outras providências. Recife, 1998.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto n° 25.318, de março de 2003 a**. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde e dá outras providências. Recife, 2003.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto n° 25.800, de 29 de agosto de 2003b**. Aprova o Manual de Serviços da Secretaria de Saúde e dá outras providências. Recife, 2003.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto n° 32.823, de 9 de dezembro de 2008**. Aprova a nova estrutura da secretaria estadual de saúde e redefine os objetivos da instituição. Recife, 2008.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto n° 36.102, de 18 de janeiro de 2011**. Dispõe sobre a estrutura de cargos comissionados e funções gratificadas do Poder Executivo, e dá outras providências. Recife, 2011.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado. **Decreto n° 36.622, de 08 de junho de 2011**. Aprova o Regulamento da Secretaria de Saúde, e dá outras providências. Recife, 2011.



REIS, H.C. Auditoria governamental: uma visão de qualidade. **Rev. Adm. Munic.**, Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, v. 40, n. 209, p. 53-64, out./dez. 1993.

SENGE, P. M. **The fifth discipline: the art and practice of the learning organization**. New York: Doubleday, p. 423, 1990.