



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO
E CONTROLE DE GESTÃO

Maria Lúcia de Siqueira Ferreira Gomes

**Auditoria em saúde indígena, uma visão segundo a
Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C)**
Estudo de caso

Florianópolis/SC

2023

Maria Lúcia de Siqueira Ferreira Gomes

**Auditoria em saúde indígena, uma visão segundo a
Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C)**
Estudo de caso

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Controle de Gestão da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Planejamento e Controle de Gestão.

Orientador: Prof. Sérgio Murilo Petri, Dr.

Florianópolis/SC

2023

Ficha catalográfica gerada por meio de sistema automatizado gerenciado pela BU/UFSC.
Dados inseridos pelo próprio autor.

Gomes, Maria Lúcia de Siqueira Ferreira
Auditoria em saúde indígena, uma visão segundo a
Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão,
Construtivista (MCDA-C) - Estudo de caso / Maria Lúcia de
Siqueira Ferreira Gomes ; orientador, Sergio Murilo Petri,
2023.
123 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa
de Pós-Graduação em Controle de Gestão, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Controle de Gestão. 2. Auditoria . 3. Controle
interno. 4. Metodologia MCDA-C. 5. Saúde indígena. I.
Petri, Sergio Murilo. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão.
III. Título.

Maria Lúcia de Siqueira Ferreira Gomes
**Auditoria em saúde indígena, uma visão segundo a
Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C)**
Estudo de Caso

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado
por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Luiz Alberton, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Marcelo de Freitas, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de mestre em Planejamento e Controle de Gestão pelo
Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Controle de Gestão.

Prof. Valmir Emil Hoffmann, Dr.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Sérgio Murilo Petri, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2023.

Este trabalho é dedicado aos meus pais Genauro e Maria Nilda, minha inspiração, e à Maria Luisa, ao Pedro Henrique e à Maria Vitória, minha herança.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À Deus, Aquele que tem caminhos mais altos do que os meus caminhos; e os pensamentos, mais altos do que os meus pensamentos (Is 55. 9). Aquele que tem planos de me fazer prosperar, de me dar esperança e um futuro (Jr 29.11).

Ao Professor Sérgio Murilo Petri, que incansavelmente me incentivou, me instruiu, e acreditou que uma ideia ainda disforme, apresentada como projeto para seleção de mestrado, amadureceria e daria frutos. Professor, és DEZMAIS!

Aos colegas do mestrado, cujos risos e lágrimas me acompanharam desde as primeiras aulas até o desfecho deste trabalho, todos no mesmo barco, confiando que chegaríamos juntos ao outro lado das águas.

Aos professores e servidores do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Controle de Gestão da UFSC pelo apoio e construção de pontes para que eu e meus colegas atravessássemos os caminhos do mestrado munidos de estrutura e de conhecimento para vencer os desafios da viagem.

Aos colegas de trabalho pelo incentivo, por acreditarem no meu projeto, e pelo olhar confiante de esperança que sempre me dirigiram quando precisei de alguma ajuda ou quando apenas vinham perguntar “como está o mestrado? ”.

Aos familiares e amigos, de longe e de perto, que torceram por mim, que ouviram meus lamentos no cansaço, e que me falaram palavras de encorajamento e de estímulo, quando, confesso, pensei em desistir.

Ao Bel, à Deca, ao Tutu e à Iza, irmãos, vocês fazem parte da minha jornada e a confiança de vocês de que eu venceria este desafio me impulsionou a fazê-lo.

Ao Edivan, por tudo.

Bem sei que tudo podes, e que nenhum dos teus propósitos pode ser impedido (Jó 42.2).

RESUMO

Este estudo examinou auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão de auditoria federal do Sistema Único de Saúde, a partir de dados extraídos do Sistema de Auditoria do SUS. Foram analisadas as auditorias realizadas no período de 2015 a 2019 e identificados os itens de auditoria que as compõem, associando-os ao processo de controle interno para monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios, bem como foram verificadas as recomendações de auditoria emitidas. Em seguida, foi construído um modelo de avaliação de desempenho dessas auditorias utilizando-se a Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C). De caráter exploratório-descritivo é um estudo de caso, de natureza prática; que utilizou a abordagem quali-quantitativa como método de pesquisa e o procedimento de análise documental por meio da análise de conteúdo para interpretação dos dados. A metodologia MCDA-C foi escolhida como instrumento de intervenção pela possibilidade de oferecer ao diretor do órgão de auditoria, o Decisor - segundo a MCDA-C, uma visão geral das ações de controle realizadas, e, ainda, subsídios para tomada de decisão relativa a implementação de melhorias no planejamento dessas ações. A partir do estudo foram elaborados dois artigos, submetidos a periódicos classificados pela CAPES com o nível A4 (2017-2020). Os principais resultados descritos no primeiro artigo demonstram que foram realizadas 52 auditorias de saúde indígena, das quais 34 (65,40%) tiveram finalidades diversas e 18 (34,60%) tiveram finalidade específica de verificar o atendimento de recomendações de outras auditorias realizadas. Foram identificados 1505 itens de auditoria, sendo os mais auditados aqueles classificados nos grupos de auditoria: Atenção básica (54,42%) e Recursos Financeiros (15,95%). Associados os itens auditados aos eixos de monitoramento do controle interno, constatou-se: 1085 (72,09%) no I Atenção à Saúde Indígena; 330 (21,93%) no IV Controle Social; e 90 (5,98%) nos eixos II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena. No total foram elaboradas 1106 recomendações de auditoria enviadas aos auditados, à secretaria finalística e demais interessados. No segundo artigo, com foco nas 18 auditorias com finalidade de verificação de recomendações de outras auditorias realizadas, utilizando-se a Metodologia MCDA-C, foi construído um modelo composto por três grandes Áreas de Preocupação associadas aos eixos de monitoramento do controle interno (I Atenção à Saúde Indígena, IV Controle Social, e II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena); nove Pontos de Vista Fundamentais (PVFs); vinte e três Pontos de Vista Elementares (PVEs) de 1ª linha; quarenta e nove PVEs de 2ª linha; e quarenta e nove descritores, os quais, após avaliados e transformados de escalas ordinais para cardinais, refletem o *status quo* das auditorias realizadas, possibilitando visualização de oportunidades de melhoria passíveis de serem alcançadas por meio de seis recomendações elaboradas. Não foi possível cotejar os itens de verificação com outras auditorias de saúde indígena realizadas, por não terem sido encontradas pesquisas similares, o que abre possibilidade para outros estudos na área.

Palavras-chave: Auditoria. Controle interno. Metodologia MCDA-C. Saúde indígena.

ABSTRACT

This study examined indigenous health audits carried out by the federal audit body of the Single Health System, based on data extracted from the SUS Audit System. The audits carried out in the period 2015-2019 were analysed and the audit items that make up them identified, associating them with the internal control process for monitoring the implementation of complementary actions in the health care of indigenous peoples, through conventions, as well as the audit recommendations issued were verified. A model for evaluating the performance of these audits was then constructed using the Multicriteria Methodology in Support of Constructivist Decision (MCDA-C). Of an exploratory-descriptive character is a case study, of a practical nature; which used the qualitative-quantitative approach as a method of research and the procedure of documentary analysis through the analysis of content for interpretation of the data. The MCDA-C methodology was chosen as an intervention tool for the possibility of offering the director of the audit body, the Decisor - according to the MCDA - C, an overview of the control actions carried out, and also grants for decision-making regarding the implementation of improvements in the planning of these actions. From the study two articles were prepared, submitted to journals classified by CAPES with level A4 (2017-2020). The main results described in the first article show that 52 indigenous health audits were conducted, of which 34 (65.40%) had various purposes and 18 (34.60%) had a specific purpose to verify compliance with recommendations of other audits carried out. 1505 audit items were identified, the most audited being those classified in the audit groups: Basic attention (54.42%) and Financial resources (15.95%). Associated the audited items to the monitoring axes of internal control, it was found: 1085 (72,09%) in I Indigenous Health Care; 330 (21,93%) in IV Social Control; and 90 (5,98%) in axes II Environmental Sanitation and/or III Indian Health Buildings. In total, 1106 audit recommendations were prepared and sent to the auditors, the finalist secretariat and other interested parties. In the second article, focusing on the 18 audits for the purpose of verifying recommendations from other audits carried out, using the MCDA-C Methodology, a model was constructed consisting of three major Areas of Concern associated with the internal control monitoring axes (I Indigenous Health Care, IV Social Control, and II Environmental Sanitation and/or III Indigeno Health Buildings); nine Fundamental Viewpoints (PVFs); twenty-three Elementary Views (PVEs) of the 1st line; forty-nine PVEs of the 2nd line; and forty nine descriptors, which, after being evaluated and transformed from ordinary scales to cardinal, reflect the status quo of the audits performed, enabling visualization of improvement opportunities that can be achieved through six recommendations elaborated. It was not possible to match the check items with other indigenous health audits carried out, because no similar research has been found, which opens the possibility for further studies in the area.

Keywords: Audit. Internal control. MCDA-C Methodology. Indigenous health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organização do Distrito Especial Indígena.....	25
Figura 2 - Estágios do Desenvolvimento da Política Pública.....	26
Figura 3 - Configuração da pesquisa 1	34
Figura 4 - Itens auditados por eixo de controle interno.	42
Figura 5 - Recomendações por eixo de controle interno.	44
Figura 6 - Configuração da pesquisa 2	54
Figura 7 - Etapas fundamentais da MCDA-C.....	58
Figura 8 - Subsistema de Atores.....	61
Figura 9 - Estrutura <i>top-down</i> das auditorias em saúde indígena (Áreas de preocupação e EPAs).....	67
Figura 10 - Estrutura Hierárquica de Valor - Rótulo, Áreas de Preocupação e PVF.....	68
Figura 11 - Estrutura Hierárquica de Valor - Área de preocupação: Atenção à Saúde Indígena.....	68
Figura 12 - Estrutura Hierárquica de Valor	69
Figura 13 - Descritores e Níveis de Referência	70
Figura 14 - Descritores RS e RI.....	71
Figura 15 - Taxas de Compensação.....	73
Figura 16 - Fórmula de agregação aditiva para o cálculo do desempenho global	73
Figura 17 – Demonstrativo da aplicação de Equação do Modelo Geral para o PVF Atenção à Saúde Indígena.	74
Figura 18 - Modelo Geral (Global) simulação área de preocupação Atenção à Saúde Indígena.....	76
Figura 19 - Modelo Geral (Global) – Itens auditados por eixo de monitoramento e entidades auditadas.....	77
Figura 20 - Recomendações	78
Figura 21 – <i>Status Quo</i> antes da aplicação das recomendações	79
Figura 22 - <i>Status Quo</i> após a aplicação das recomendações.....	79

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Auditorias de saúde indígena por finalidade	55
Gráfico 2 - Auditorias de saúde indígena com finalidade de verificar atendimento de recomendações.....	56
Gráfico 3 - Auditorias de saúde indígena por itens auditados	56
Gráfico 4 - Validação de EPAs.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características e benefícios do monitoramento para a política de saúde indígena	28
Quadro 2 - Importância do controle interno na política de saúde indígena	30
Quadro 3 - Aspectos da auditoria em saúde indígena.....	31
Quadro 4 - Avaliação <i>in itinere</i> de política pública do PME de São Borja/RS	33
Quadro 5 - Fases da Metodologia MCDA-C utilizadas no estudo	58
Quadro 6 - Elementos Primários de Avaliação (EPA's).....	63
Quadro 7 - EPAs e Conceitos	64
Quadro 8 – Composição da Estrutura Hierárquica de Valor em tabela.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades de controle em saúde indígena	38
Tabela 2 - Auditorias em saúde indígena por Estado	38
Tabela 3 - Auditorias em saúde indígena por região	39
Tabela 4 - Auditorias em saúde indígena por entidades auditadas.	39
Tabela 5 - Auditorias em saúde indígena por finalidade.	40
Tabela 6 - Grupos de itens auditados por finalidade de auditoria.....	40
Tabela 7 - Grupos de itens auditados associados ao eixo de monitoramento	41
Tabela 8 - Recomendações de auditorias de saúde indígena emitidas.....	43
Tabela 9 – Sumário MCDA-C.....	62
Tabela 10 - Escalas ordinais e escalas cardinais.....	71
Tabela 11 – Modelos Geral (Global) das auditorias de verificação.....	74
Tabela 12 – Modelo Geral (Global) por entidade auditada	77

LISTA DE SIGLAS

ANPOCS	Associação Brasileira de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AUDSUS	Auditoria Geral do Sistema Único de Saúde
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CF	Constituição Federal
CGAUD	Coordenação-Geral de Auditoria
CGU	Controladoria-Geral da União
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CLSI	Conselho Local de Saúde Indígena
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONDISI	Conselho Local de Saúde Indígena
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DSEI	Distritos Sanitários Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EHV	Estrutura Hierárquica de Valor
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
EPA	Elemento Primário de Avaliação
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFI	Estratégia Saúde da Família Indígena
FPV	Família dos Pontos de Vistas
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IAB-PI	Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
INTOSAI	Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores
LAI	Lei de Acesso à Informação
LOA	Lei Orçamentária Anual
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MCDA-C	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão, Construtivista

MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PVE	Pontos de Vista Elementares
PVF	Pontos de Vista Fundamentais
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RI	Referência Inferior
RS	Referência Superior
SADT	Serviço Auxiliar de Diagnose e Terapia
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão
SASISUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SEI	Sistema Eletrônico de Informações
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SISAUD	Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	QUESTÃO PROBLEMA.....	16
1.2	OBJETIVO GERAL.....	16
1.3	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1.4	JUSTIFICATIVA	17
1.5	ESTRUTURA DO TRABALHO	18
2	DESENVOLVIMENTO.....	18
2.1	ARTIGO 1 – SAÚDE INDÍGENA, A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA E DO CONTROLE INTERNO PARA O MONITORAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE	19
2.1.1	Introdução	19
2.1.2	Referencial Teórico.....	21
2.1.2.1	Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas	23
2.1.2.2	Controle e avaliação de Políticas Públicas	26
2.1.2.3	Controle Interno e Auditoria na Saúde Indígena	28
2.1.3	Metodologia	33
2.1.3.1	Enquadramento metodológico	33
2.1.3.2	Procedimentos metodológicos	34
2.1.4	Análise e Discussão dos Resultados.....	38
2.1.4.1	Auditorias de Saúde Indígena.....	38
2.1.4.2	Grupos de itens auditáveis	40
2.1.4.3	Recomendações emitidas nas auditorias.....	42
2.1.5	Conclusões	45
2.2	ARTIGO 2 – MODELO PARA APERFEIÇOAMENTO DE AUDITORIAS EM SAÚDE INDÍGENA, SEGUNDO A METODOLOGIA MULTICRITÉRIO EM APOIO À GESTÃO CONSTRUTIVISTA (MCDA-C) – ESTUDO DE CASO.....	47
2.2.1	Introdução	47

2.2.2	Referencial Teórico.....	49
2.2.2.1	Auditoria em Saúde Indígena	49
2.2.2.2	Processo de tomada de decisão.....	52
2.2.3	Metodologia	53
2.2.3.1	Enquadramento metodológico	53
2.2.3.2	Procedimentos metodológicos	54
2.2.3.3	Instrumento de intervenção.....	57
2.2.4	Análise e Discussão dos Resultados.....	59
2.2.4.1	Fase de estruturação.....	60
2.2.4.1.1	Contextualização, Subsistema de Atores, Rótulo e Sumário.....	60
2.2.4.1.2	Família dos Pontos de Vista e Estrutura Hierárquica de Valor (EHV)	63
2.2.4.1.3	Descritores	69
2.2.4.2	Fase de Avaliação	70
2.2.4.3	Fase de Elaboração de Recomendações	75
2.2.5	Conclusões	80
3	CONCLUSÃO FINAL	81
	REFERÊNCIAS.....	83
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS SISAUD.....	93
	APÊNDICE A: ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO E CONCEITOS	94
	APÊNDICE B: PESQUISA DE VALIDAÇÃO DOS PARES.....	102
	APÊNDICE C: ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALOR (EHV) COMPLETA	104
	APÊNDICE D: CONSTRUÇÃO DE DESCRITORES.....	105
	APÊNDICE E: TAXA DE COMPENSAÇÃO DO MODELO COMPLETO	106
	APÊNDICE F: MODELO GERAL (GLOBAL) POR ITENS DE AUDITORIA	

E EIXOS DE MONITORAMENTO.....	107
APÊNDICE G: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVFS DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO	108
APÊNDICE H: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 1ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (TABELA).....	109
APÊNDICE I: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 1ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (GRÁFICO)	110
APÊNDICE J: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 2ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (TABELA).....	111
APÊNDICE K: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 2ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (GRÁFICO)	112
APÊNDICE L: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVFS DE AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO.....	113
APÊNDICE M: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 1ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (TABELA)	114
APÊNDICE N: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 1ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (GRÁFICO).....	115
APÊNDICE O: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 2ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (TABELA)	116
APÊNDICE P: RECOMENDAÇÕES APÓS CONSTRUÇÃO DO MODELO	117

1 INTRODUÇÃO

A gestão da saúde pública brasileira envolve um conjunto de ações, estratégias, controles e políticas desenvolvidas para administrar e promover a saúde da população. É uma tarefa complexa que envolve a coordenação de diversos atores e recursos, visando garantir o acesso universal aos serviços de saúde, a qualidade dos atendimentos e o enfrentamento dos desafios do sistema de saúde do país.

A política para a saúde indígena, no Brasil, é um segmento do sistema de saúde nacional que tem como objetivo atender às necessidades de saúde das populações indígenas do país. Respalhada pela Constituição Federal, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foi instituída para dar aos povos indígenas a garantia do acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as características peculiares desses povos, conforme os termos da Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002.

A PNASPI é uma política pública de saúde específica que busca garantir às comunidades indígenas o acesso aos serviços de saúde, respeitando suas particularidades culturais, sociais e territoriais. A responsabilidade pelo planejamento, execução, coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação da implementação da política de saúde indígena é do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS). Esta Secretaria foi instituída pela Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, regulamentada pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, com posteriores revogações, cujas competências, atualmente, estão definidas no Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023.

À pasta da Saúde cabe, ainda, ações de controle interno e de auditoria interna no âmbito da política de saúde indígena. Neste trabalho, a expressão “saúde indígena” faz sempre referência às atividades e ações relacionadas à PNASPI.

As ações de controle interno e as auditorias em saúde indígena são práticas efetivas de controle que possibilitam o monitoramento contínuo, a avaliação de resultados e a identificação de desafios e oportunidades de melhoria dessa política de saúde. Neste contexto, a articulação entre os órgãos de controle e de auditoria, em todas as esferas de governo, é fundamental para garantir a integridade e a eficiência dos serviços de saúde prestados à sociedade, como um todo, e aos segmentos populacionais de maior vulnerabilidade, como é o caso da população indígena.

Este estudo teve a finalidade de conhecer como a auditoria em saúde indígena realizada pelo órgão federal do SUS converge com ações do controle interno, especialmente no contexto

da avaliação contínua e em tempo real da política de saúde em execução, considerando-se que a integração desses elementos é fundamental para assegurar a efetividade, a transparência e a prestação de contas dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas.

O objeto de estudo da pesquisa foram as auditorias em saúde indígena e ao longo do trabalho buscou-se compreender se o controle interno e a auditoria em saúde indígena seguem na mesma direção buscando contribuir para uma melhor prestação de serviços de saúde à comunidade indígena. Além disso, o modelo elaborado segundo a Metodologia Multicritério em Apoio à Gestão, Construtivista (MCDA-C) possibilitou uma visão das auditorias que vem sendo realizadas pelo órgão de auditoria federal do SUS, o que pode impactar no planejamento de novas auditorias permitindo um melhor uso dos recursos para o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados e o fortalecimento da confiança das comunidades indígenas no sistema público de saúde.

1.1 QUESTÃO PROBLEMA

O trabalho procurou responder à seguinte pergunta: Como o órgão federal de auditoria do SUS realiza suas auditorias de saúde indígena e que modelo pode ser construído a partir dos dados levantados, utilizando-se a metodologia MCDA-C?

1.2 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral foi propor um modelo para apoiar o aperfeiçoamento do planejamento das auditorias de saúde indígena do órgão de auditoria federal do SUS.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para alcançar o objetivo geral foi necessário atingir os seguintes objetivos específicos:

a) identificar e associar os itens de auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão de auditoria federal do SUS, no período de 2015 a 2019, aos eixos do processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios;

b) estruturar, com base na Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C), as múltiplas variáveis que abarcam as auditorias realizadas, julgadas relevantes pelo Decisor, assim como a forma de avalia-las; e

c) indicar oportunidades de aperfeiçoamento no planejamento das auditorias de saúde indígena.

1.4 JUSTIFICATIVA

A política de saúde indígena em execução no país garante o acesso e a qualidade dos serviços prestados às populações indígenas. As ações de controle interno e de auditoria em saúde indígena permitem avaliar a efetividade e a eficiência dessa política, assegurando a prestação de serviços adequados e o uso responsável dos recursos (MACHADO, 2023; MOITA, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022).

A Secretaria finalística responsável pelo controle interno da política de saúde indígena no Ministério da Saúde também planeja, executa, acompanha, monitora e avalia todas as ações e atividades relativas à política. No que concerne ao monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios, ele ocorre de acordo com quatro eixos: Eixo I - Atenção à Saúde Indígena, Eixo II - Saneamento Ambiental, Eixo III - Edificações de Saúde Indígena e Eixo IV - Controle Social, conforme Portaria de Consolidação nº 1 Sesai/MS, de 17 de dezembro de 2020. Já o órgão federal de auditoria do SUS, audita as ações de saúde indígena, conforme sua competência regimental.

Em termos práticos, esta pesquisa permitiu uma visão compilada do modelo de auditoria que o órgão federal de auditoria do SUS utiliza em suas ações de auditoria junto a política de saúde indígena, possibilitando aos gestores da unidade a tomada de decisão quanto a possíveis ajustes e melhorias no planejamento das auditorias.

O modelo proporcionou mensurar que os itens auditados podem ser associados ao eixo de monitoramento de responsabilidade da secretaria finalística do MS, ou seja, a área de controle interno que cuida dessa política, de forma a viabilizar que em futuras auditorias haja equilíbrio da definição dos temas e itens a serem abordados.

O trabalho oportuniza à secretaria finalística e ao órgão auditor revisitarem os respectivos controles de recomendações já emitidas pelas auditorias realizadas, para checagem do atendimento e a adoção de medidas corretivas de processos, ações e atividades na execução da política de saúde indígena, uma vez que é um instrumento que permite esclarecer como o resultado da auditoria pode ser utilizado para aperfeiçoamento das ações auditadas.

Por último, o estudo acrescenta conteúdo à literatura acerca de políticas de acesso à saúde por comunidades indígenas e a respeito de modelos de auditoria em políticas públicas,

podendo colaborar em futuras pesquisas sobre os temas ao conjugar teoria e métodos científicos à prática de se fazer auditoria.

1.5 ESTRUTURA DO TRABALHO

A questão problema foi respondida por meio de pesquisa documental, que deu origem a dois estudos distintos, cujos resultados foram descritos em forma de artigos submetidos a periódicos científicos classificados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com o nível A4 (2017-2020).

Os dois estudos foram realizados por meio de pesquisa documental, com dados extraídos do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD). A inserção desses dados é de responsabilidade dos servidores lotados na unidade central e nas unidades descentralizadas do órgão federal de auditoria do SUS.

A primeira pesquisa verificou as auditorias em saúde indígena realizadas, comparando os itens auditados a itens do controle interno para o monitoramento dessa política de saúde. Para tanto foram levantadas as auditorias realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS no período de 2015 a 2019 e identificados os itens auditados bem como as recomendações de auditoria emitidas, associando os itens das auditorias ao processo de controle interno de monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios.

A segunda pesquisa concentrou-se na elaboração de modelo de avaliação, com base na metodologia MCDA-C, com a finalidade de permitir o aprimoramento do planejamento das auditorias de saúde indígena.

Os artigos elaborados utilizaram como referencial teórico as normas em vigor, artigos acadêmicos sobre o tema, livros didáticos e também a validação de pares para a definição da Família dos Pontos de Vista.

2 DESENVOLVIMENTO

O primeiro artigo sob título “Saúde indígena, a importância da auditoria e do controle interno e para o monitoramento da política de saúde”, está detalhado nas seções 2.1 a 2.1.5. O segundo artigo, disposto nas seções 2.2 a 2.2.5, recebeu o título “Modelo para aperfeiçoamento de auditorias em saúde indígena, segundo a Metodologia MCDA-C”.

Os dois artigos foram submetidos a periódicos classificados pela CAPES com o nível A4 (2017 – 2020).

2.1 ARTIGO 1 – SAÚDE INDÍGENA, A IMPORTÂNCIA DA AUDITORIA E DO CONTROLE INTERNO PARA O MONITORAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE

2.1.1 Introdução

As políticas públicas financiadas com recursos do orçamento público submetem-se às regras de controle (CF, 1988; TCU, 2020) com o objetivo de aperfeiçoar os processos de formulação, de implementação e de avaliação, bem como de melhorar o desempenho e os resultados dessas políticas (TCU, 2020).

Na área da saúde pública brasileira, a Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), para garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as características peculiares desses povos. Nesta pesquisa, a sentença “saúde indígena” sempre se relaciona às atividades e às ações da PNASPI.

A política de saúde indígena brasileira submete-se às ações de controle da administração pública (CF, 1988), tendo como seu primeiro agente controlador interno a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), conforme a Portaria nº 69, de 25 de outubro de 2018. A Secretaria é a unidade finalística do Ministério da Saúde (MS) que tem a responsabilidade de planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da política, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, corroborado por (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) é o órgão federal de auditoria interna do SUS integrante da estrutura do MS, responsável por auditar a execução das ações e dos serviços de saúde desenvolvidos no âmbito do SUS com vistas a verificar a conformidade da aplicação dos recursos com as normas estabelecidas (Brasil, 2014; 2019). O Departamento audita as ações de saúde indígena, fazendo recomendações à secretaria finalística que executa a política com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações e a correção de possíveis desvios de forma a contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

O controle interno e a auditoria em saúde indígena são dois elementos essenciais para o monitoramento da política de saúde voltada para as comunidades indígenas (ANTONIOLLI; CRISTOFOLI, 2021; SOARES, 2022). Ambos desempenham papéis complementares e contribuem para a efetividade, a transparência e a prestação de contas dos serviços prestados (CADED0, 2022).

O controle interno e a auditoria são ações que integram o monitoramento sendo fundamentais para assegurar que a política de saúde esteja sendo implementada de forma adequada e que os resultados estejam alinhados com os objetivos estabelecidos (SILVA, 2023; MIRANDA, 2022). Eles possibilitam a identificação precoce de problemas e a aplicação de ações corretivas oportunas, além de permitir o acompanhamento contínuo do desempenho das ações de saúde indígena (SILVA, 2023; MIRANDA, 2022; MOURA, 2020).

Dessa forma, o monitoramento com a utilização do controle interno e da auditoria fortalece a transparência, a responsabilização, a qualidade dos serviços e a gestão adequada dos recursos, contribuindo para uma política de saúde mais eficiente, equitativa e alinhada com as necessidades das comunidades indígenas. Além disso, essa abordagem também pode reforçar o compromisso com a interculturalidade e o respeito às tradições e particularidades das populações indígenas atendidas (SILVA; ARROYO, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022; MOURA, 2020).

No contexto dos autores Silva; Arroyo, 2023; Silva, (2023); Miranda, (2022); Moura, (2020), este artigo teve como problema de pesquisa verificar se as auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS convergem com o processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas por meio de convênios, favorecendo o monitoramento dessa política.

O objetivo geral buscou identificar as auditorias em saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS e demonstrar como elas se alinham a um dos eixos de monitoramento do controle interno. Para isso a pesquisa visou os seguintes objetivos específicos: (i) identificar os itens de auditoria constantes das auditorias em saúde indígena realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS, (ii) associar os itens de auditoria ao processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios; e (iii) identificar a quantidade de recomendações de auditorias emitida pelas auditorias.

Pesquisas sobre a importância da auditoria e controle do interno para o monitoramento da política de saúde são fundamentais para o aprimoramento do sistema de saúde voltado para as comunidades indígenas (SILVA; ARROYO, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022;

MOURA, 2020). As populações indígenas são frequentemente expostas a fatores de vulnerabilidade, incluindo dificuldades de acesso a serviços de saúde devido às barreiras culturais e socioeconômicas (MARTINS, 2022; GLERIANO, 2021). A pesquisa buscou entender como o controle interno e a auditoria podem garantir que os serviços de saúde sejam adequados e alcancem essas comunidades de maneira efetiva (SILVA; ARROYO, 2023; CANDIDO DA SILVA, VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022).

O controle interno e a auditoria em saúde indígena são ferramentas que podem contribuir para a melhoria da efetividade e qualidade dos serviços prestados (SILVA, 2023; MIRANDA, 2022). Ao identificar falhas e desafios é possível propor melhorias e correções, garantindo uma assistência de saúde mais adequada às necessidades das comunidades indígenas (VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022).

A pesquisa buscou evidenciar como o controle interno e a auditoria podem aumentar a transparência na gestão dos recursos e a prestação de contas das ações de saúde indígena; fortalecendo a confiança da população indígena no sistema de saúde e no poder público (MIRANDA, 2022; VIEIRA; BARRETO, 2019).

O controle interno e a auditoria ajudam a assegurar que os recursos destinados à saúde indígena sejam utilizados de forma eficiente e responsável. Isso é especialmente relevante em um contexto de recursos limitados e necessidades crescentes de atendimento (SILVA; ARROYO, 2023; VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022).

Ao analisar os resultados do controle interno e da auditoria, os gestores e profissionais de saúde têm acesso a informações fundamentadas para tomar decisões informadas, priorizar ações e alocar recursos de forma estratégica (SANTOS, 2023; JÁCOME; PAIVA, 2019).

A pesquisa tem como propósito contribuir para o aperfeiçoamento contínuo da política de saúde indígena, identificando boas práticas, desafios e oportunidades de melhorias para garantir uma abordagem mais equitativa e culturalmente adequada (UNIDA, 2023).

2.1.2 Referencial Teórico

A saúde da população indígena é uma questão de extrema importância e relevância, pois envolve a garantia de acesso a serviços de saúde adequados a grupos culturalmente sensíveis (MONTEIRO, R. R.; DANILEVICZ, 2023; DE ANDRADE, 2020). No Brasil, o SUS é responsável por atender a essas comunidades, buscando assegurar o direito à saúde de forma equitativa e integral (BORSATTO, 2023; SILVA, et al., 2020). No entanto, as particularidades

culturais, geográficas e socioeconômicas das populações indígenas representam desafios únicos para a gestão e avaliação dos serviços de saúde voltados para essas comunidades (RODRIGUES; DE ALMEIDA JUNIOR, 2021; GONÇALVES; FIGUEREDO, 2021).

O controle interno é um conjunto de ações, procedimentos e mecanismos implementados pela própria instituição ou órgão para garantir a eficiência, a eficácia e a conformidade das atividades realizadas (SILVA; ARROYO, 2023). No contexto da saúde indígena, o controle interno tem a função de acompanhar, monitorar e avaliar a execução das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, assegurando que os processos estejam alinhados com as diretrizes estabelecidas (ANTONIOLLI; CRISTOFOLI, 2021; SOARES, 2022).

O controle interno na saúde indígena ajuda a prevenir desvios, detectar falhas operacionais e administrativas, bem como promover a adoção de boas práticas de gestão (SILVA; ARROYO, 2023). Ele auxilia os gestores na tomada de decisões informadas, contribuindo para o aprimoramento contínuo dos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022).

A auditoria em saúde indígena consiste em um processo sistemático de revisão, análise e avaliação dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas (GLERIANO, 2021). O objetivo é verificar se as ações e os recursos estão sendo utilizados de maneira adequada, eficiente e em conformidade com as normas e regulamentos estabelecidos (SILVA; ARROYO, 2023).

A auditoria em saúde indígena ajuda a identificar possíveis desvios, irregularidades, falhas de gestão e lacunas no atendimento às necessidades de saúde das comunidades indígenas (SILVA; ARROYO, 2023). Ela contribui para garantir a correta aplicação dos recursos, a qualidade dos serviços e a transparência na gestão dos serviços de saúde (SANTOS, 2023).

Nesse contexto, o controle interno e a auditoria desempenham um papel fundamental no monitoramento da política de saúde para essas as comunidades (ANTONIOLLI; CRISTOFOLI, 2021; SOARES, 2022). A auditoria em Saúde Indígena consiste em um processo sistemático de revisão e avaliação dos serviços de saúde prestados, buscando identificar falhas, oportunidades de melhoria e garantir o uso adequado dos recursos (VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022). Por sua vez, o controle interno é um conjunto de mecanismos e ações implementados pela própria instituição para garantir a eficácia, eficiência e conformidade das atividades realizadas (SILVA; ARROYO, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022; MOURA, 2020).

Os resultados desta pesquisa fornecem informações para os gestores de saúde, profissionais da área e demais interessados aprimorarem continuamente a política de saúde indígena, contribuindo assim, para garantir o acesso universal e a integralidade dos serviços de saúde para as comunidades indígenas do Brasil.

2.1.2.1 Sistema Único de Saúde e Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 tratam da Saúde como um direito de acesso universal e igualitário, garantindo ações e serviços públicos para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Ela institui um sistema único de saúde a ser custeado com recursos públicos, facultando às instituições privadas a participarem desse sistema de forma complementar.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde (LOS), constitui o SUS e configura seus objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e Gestão; bem como demais critérios para o seu funcionamento.

O SUS é um sistema público de prestação de serviços de saúde, caracterizado como uma política de proteção social, comprometida com a redução das desigualdades sociais, que desenvolve ações voltadas para ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, abrangendo atendimentos no âmbito federal, estadual e municipal (GARNELO, PONTES, 2012, p. 22).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS) institui, entre outros subsistemas, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), como componente do SUS, a ser custeado com recursos da União. A partir da criação desse Subsistema foi elaborada a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), implementada de acordo com os princípios do SUS (FUNASA, 2002).

A estrutura que compõem o SasiSUS é interligada ao SUS com objetivo de ampliar o acesso dos indígenas à atenção básica por meio de serviços diferenciados e com pessoal qualificado para atuar esse público de acordo com o contexto intercultural e as demandas de saúde desses povos (SILVA, 2022; NASCIMENTO, 2019).

A criação do subsistema de saúde específico para atendimento da população indígena foi um avanço, consolidando os direitos por eles conquistados com a Constituição de 1988.

No que concerne a SasiSUS, Garnelo; Maquioné (2015, p. 109) apontam que:

Desde sua implantação, a trajetória do Subsistema de Saúde Indígena foi marcada pelas denúncias de ineficiência e de corrupção na FUNASA, que cresceram ao longo dos anos, gerando auditorias do Tribunal de Contas da União e investigações policiais que culminaram com a prisão de vários de seus dirigentes em diversas unidades federadas no país (GARNELO; MAQUINÉ, 2015 p. 109.)

No âmbito do SUS, o Ministério da Saúde (MS) é a pasta ministerial responsável por formular, normatizar, fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas e as ações de saúde pública (Brasil, 2017), organizando e elaborando planos e Políticas Públicas de Saúde voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde no país (Brasil, 2010), corroboram com esse enquadramento Silva, (2023); Machado, (2023). Moita, (2023).

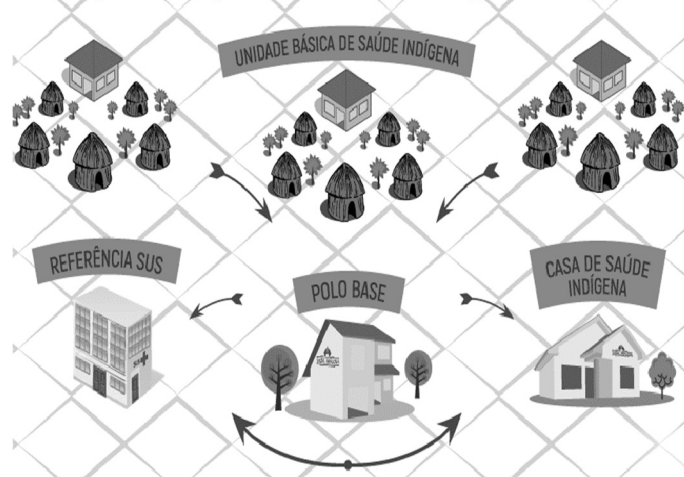
A secretaria finalística do MS responsável por executar a PNASPI desde o planejamento de suas ações até a avaliação dos resultados alcançados é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada pela Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010, regulamentada pelo Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, e com competências definidas no Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Garnelo; Maquioné (2015, p. 117) registram que entre os desafios da Secretaria na execução da PNASPI está a responsabilidade simultânea das funções de gestão e de execução de serviços de saúde, bem como atribuições de articulação entre os entes federais, estaduais e municipais, no que diz respeito ao tema da saúde indígena.

A saúde indígena tem o modelo de assistência baseado nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Dados do Painel de Atendimentos à População Indígena 2022 da SESAI demonstra que a estrutura conta com 34 DSEI, e que em 31/12/2022 estavam ativos 375 Polos Bases, para atendimento de 6.610 aldeias, com população de 781.367 indígenas (Data da extração dos dados de População: 27/02/2023), tendo sido realizados 16.688.410 atendimentos, no período de 01/01/2022 à 31/12/2022.

Os Distritos são localizados de forma estratégica por territórios, de acordo com a ocupação geográfica das comunidades indígenas, por isso não obedece às limitações de estados ou municípios (PUREZA, 2021).

A Figura 1 mostra a organização do DSEI.

Figura 1 - Organização do Distrito Especial Indígena



Fonte: FUNAI (2018, p. 12).

O DSEI organiza a rede de atenção básica dentro das áreas indígenas de forma integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com o SUS. A estrutura de atendimento conta com:

- Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) - localizada em território indígena, presta serviços de atenção à saúde e saneamento realizados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas por médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, farmacêuticos, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, agentes indígenas de saneamento, e agentes indígenas de saúde, contando ainda com o apoio de engenheiros, arquitetos, geólogos e técnico de edificações (AHMADPOUR; TURRINI; CAMARGO-PLAZAS, 2023; ANDRADE, 2021; CARVALHO, et al., 2020; SILVA, 2020).

- Polo Base - localizados nas aldeias ou nos municípios de referência abrigam a administração e organização dos serviços de atenção à saúde e saneamento (AHMADPOUR; TURRINI; CAMARGO-PLAZAS, 2023; ANDRADE, 2021; CARVALHO, et al., 2020; SILVA, 2020).

- Casa de Saúde Indígena (CASAI) - unidade responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados aos demais serviços do SUS (AHMADPOUR; TURRINI; CAMARGO-PLAZAS, 2023; ANDRADE, 2021; CARVALHO, et al., 2020; SILVA, 2020).

2.1.2.2 Controle e avaliação de Políticas Públicas

A primeira instituição universitária voltada para a análise de políticas públicas no Brasil foi criada na década de 80, na Universidade Estadual de Campinas, constituindo-se um marco no país (MELO, 1999, p. 66). Em 1983, a instituição do Grupo de Trabalho de Políticas Públicas, da Associação Brasileira de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (Anpocs), foi outro evento para consolidar as pesquisas universitárias sobre o tema. A produção de conhecimentos sobre a matéria cresceu, agregando a discussão questões relativas às estruturas de governo e padrões decisórios (MELO, 1999 p. 91), dentro e fora da academia.

Neste diapasão, com a evolução dos estudos, discussões e apropriação do fazer políticas públicas, o Tribunal de Contas da União, órgão de controle externo, lançou o Referencial de Controle de Políticas Públicas (TCU, 2020) que define políticas públicas como “o conjunto de intervenções e diretrizes emanadas de atores governamentais, que visam tratar, ou não, problemas públicos e que requerem, utilizam ou afetam recursos públicos”.

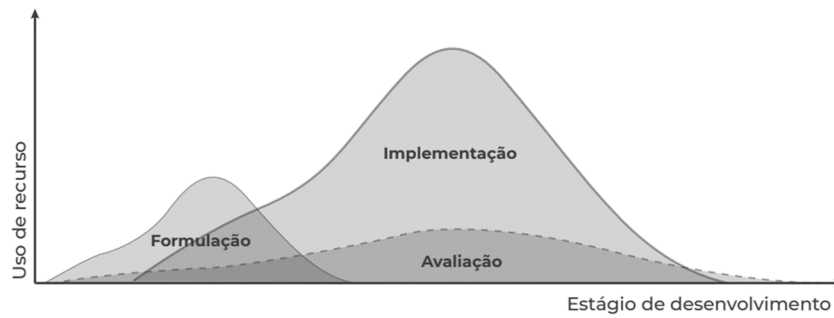
Para orientar e sistematizar as ações de controle, permitindo uma visão geral do ciclo de políticas públicas, com vistas a melhorar os resultados dessas políticas em todas as etapas de seu ciclo de vida, o TCU (2020) definiu uma estrutura de critérios comuns de forma a construir um modelo para avaliar o nível de maturidade dessas ações possibilitando:

... a verificação da qualidade do processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas frente a um conjunto de boas práticas que, reconhecidamente, contribuem para a melhoria de seu desempenho e resultados. (TCU, 2020, p. 18)

Embora o Referencial não crie uma nova forma de avaliação das políticas públicas, ela instiga os auditores a ampliarem o olhar sobre essas políticas de forma a realizarem diagnósticos amplos utilizando-se de questionários previamente elaborados, a serem aplicados em políticas públicas específicas, bem com a utilização de matrizes de planejamento padronizadas, contendo um núcleo comum de questões (TCU, 2020 p. 15).

Em seu documento norteador o TCU (2020) delimita o ciclo de políticas públicas, em três estágios estruturados: formulação, implementação e avaliação; conforme observa-se na

Figura 2.



Fonte: Referencial de Controle de Políticas Públicas (TCU, 2020 p. 27).

Os estágios do desenvolvimento de políticas públicas se inter-relacionam e permeiam-se, sofrendo variação conforme a aplicação de recursos. Resumidamente, pode-se dizer que os estágios definidos pelo TCU (2020, p. 26) compreendem:

- Formulação - análise e seleção de ações que definirão a política;
- Implementação - execução propriamente dita; e
- Avaliação - deve acontecer em todo ciclo de vida da política.

No que diz respeito às avaliações elas constituem-se em “*análises periódicas e objetivas de um projeto, política ou programa planejado, em andamento ou concluído. As avaliações são usadas seletivamente para responder perguntas específicas relacionadas ao desenho, à implementação e aos resultados*”. (Gertler, 2018 p. 8)

A avaliação *ex ante*, ou avaliação preliminar, ocorre quando da formulação da política. O Guia Prático de Análise *Ex Ante*, publicado pela Casa Civil (2018) orienta os órgãos e entidades da administração pública neste processo.

A avaliação *in itinere* (monitoramento), ou avaliação em curso, ocorre durante a implementação da política. É um processo contínuo de monitoramento e análise da política enquanto ela está em execução. Essa avaliação busca acompanhar o desempenho e os resultados da política em tempo real, permitindo que os gestores e as partes interessadas identifiquem sucessos, desafios e oportunidades de melhoria ao longo do caminho (FRAGA, et al., 2020; FERRADAES, 2022).

Já a avaliação *ex post* é aquela realizada após o encerramento da política.

No contexto da saúde indígena, o monitoramento é particularmente importante devido às especificidades das comunidades indígenas e aos desafios enfrentados na oferta de serviços de saúde em áreas remotas e com características culturais distintas (BUGALHO, et al., 2023).

O Quadro 1 apresenta algumas características e benefícios do monitoramento da política

de saúde indígena.

Quadro 1 - Características e benefícios do monitoramento para a política de saúde indígena

Características e Benefícios	Descrição	Fontes
Monitoramento contínuo	O monitoramento permite que os gestores acompanhem de perto a implementação da política de saúde indígena, possibilitando a correção de problemas e a identificação de oportunidades de melhoria em tempo real.	Antoniolli, Cristofoli (2021); Soares (2022).
Tomada de decisões informadas	Com dados e informações atualizadas sobre o andamento da política de saúde, os gestores podem tomar decisões mais informadas e estratégicas, direcionando os recursos de forma eficaz e focada nas necessidades das comunidades indígenas.	Silva; Arroyo (2023); Vieira et al. (2023); Espíndola; Maeyama (2022).
Identificação de desafios específicos	O monitoramento pode revelar desafios específicos enfrentados pelas comunidades indígenas na utilização dos serviços de saúde. Esses desafios podem estar relacionados a barreiras geográficas, culturais, linguísticas ou socioeconômicas.	Silva; Arroyo (2023); Saraiva dos Santos; Candido da Silva (2021).
Engajamento das comunidades indígenas	Ao envolver as comunidades indígenas no processo de avaliação, a política de saúde se torna mais sensível às suas necessidades e realidades. A participação ativa das comunidades contribui para uma política mais inclusiva e adequada às suas demandas.	Ahmadpour; Turrini; Camargo-Plazas (2023); Andrade (2021); Carvalho, et Al. 2020; Silva (2020).
Correção de rumo	Por meio do monitoramento os gestores podem ajustar e adaptar a política de saúde indígena conforme as necessidades e demandas surgem. Isso permite maior flexibilidade e agilidade na resposta aos desafios que possam surgir.	Silva; Arroyo (2023); Silva (2023); Miranda (2022); Saraiva Dos Santos; Candido Da Silva (2021); Moura (2020).
Aprendizado contínuo	O monitoramento permite que os gestores e profissionais de saúde aprendam com as experiências e resultados obtidos, possibilitando aprimoramentos constantes no desenho e na execução da política de saúde indígena.	Santos (2023); Jácome, Paiva (2019).

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

Em suma, o monitoramento é uma ferramenta relevante para aprimorar a política de saúde indígena, garantindo que ela seja efetiva, responsiva e adequada às necessidades da população alvo. Ao monitorar continuamente os resultados e o impacto da política, os gestores podem promover uma prestação de serviços de saúde mais eficiente, equitativa e alinhada com os princípios da saúde indígena.

2.1.2.3 Controle Interno e Auditoria na Saúde Indígena

O controle, para Meirelles (2010, p. 697), “é a faculdade de vigilância, orientação e correção que um Poder, órgão ou autoridade exerce sobre a conduta funcional de outro”.

Segundo o Committe of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) o controle interno “é um processo conduzido pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade, e desenvolvido para proporcionar segurança razoável com respeito à realização dos objetivos relacionados a operações, divulgação e

conformidade” (COSO, 2013, p. 6).

A Norma Brasileira de Contabilidade BC TA 315 (R2) define o controle interno como:

O sistema planejado, implementado e mantido pelos responsáveis pela governança, pela administração e por outros empregados para fornecer segurança razoável quanto ao alcance dos objetivos da entidade no que se refere à confiabilidade dos relatórios financeiros, à efetividade e eficiência das operações e à conformidade com leis e regulamentos aplicáveis (CFC, 2021, p. 4).

O controle interno, segundo Imoniana; Nohara (2005) é “um importante elemento das funções administrativas de uma organização, pois permite a constante avaliação do alcance dos objetivos estratégicos e operacionais”.

O controle interno na saúde indígena desempenha um papel crucial para garantir a eficiência, eficácia e integridade dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas (ANTONIOLLI; CRISTOFOLI, 2021; SOARES, 2022). Como a saúde indígena muitas vezes enfrenta desafios específicos, incluindo barreiras geográficas, culturais e socioeconômicas, o controle interno se torna ainda mais importante para garantir que os recursos sejam utilizados da melhor maneira possível e que os serviços alcancem o público-alvo de forma adequada, de acordo com Silva, (2023); Machado, (2023). Moita, (2023).

No contexto da saúde indígena, a Portaria de Consolidação nº 1 Sesai/MS, de 17 de dezembro de 2020, dispõe sobre a consolidação de normas do SasiSUS, contendo os procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios, no âmbito da Sesai/MS, define:

I - Acompanhamento: registro sistemático da execução das metas e indicadores estabelecidos no plano de ação....

II - Avaliação: registro sistemático referente ao processo de análise do desempenho das conveniadas e da execução das metas previstas nos planos de ação com base nas informações dos processos de acompanhamento e monitoramento... e

III - Monitoramento: registro sistemático com a observação e análise das informações referente ao acompanhamento, de modo a permitir uma rápida avaliação situacional e a intervenção oportuna e tempestiva que confirma ou corrige as ações programadas nos planos de ação...

O processo de monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde

dos povos indígenas, por meio de convênios, deve ser realizado pelas unidades de monitoramento da Sesai/MS, de acordo com os seguintes eixos de atuação: Eixo I - Atenção à Saúde Indígena; Eixo II - Saneamento Ambiental; Eixo III - Edificações de Saúde Indígena; e Eixo IV - Controle Social.

O Quadro 2 sintetiza a importância do controle interno para a política de saúde indígena.

Quadro 2 - Importância do controle interno na política de saúde indígena

Importância	Descrição	Fontes
Uso eficiente dos recursos	O controle interno ajuda a garantir que os recursos destinados à saúde indígena sejam utilizados de maneira eficiente, evitando desperdícios e gastos desnecessários. Isso é especialmente relevante considerando as limitações orçamentárias enfrentadas pelos órgãos responsáveis pela saúde indígena.	Silva; Arroyo (2023); Vieira et al. (2023); Espíndola; Maeyama, (2022).
Prevenção de irregularidades e fraudes	O controle interno ajuda a identificar e prevenir possíveis irregularidades, fraudes ou desvios de recursos. Ao implementar procedimentos de monitoramento e revisão, o controle interno pode detectar comportamentos inadequados e tomar medidas corretivas antes que eles causem danos significativos.	Silva; Arroyo (2023); Machado (2023); Moita (2023).
Garantia da qualidade dos serviços	O controle interno contribui para a garantia da qualidade dos serviços de saúde indígena. Ao estabelecer padrões e procedimentos, o controle interno ajuda a assegurar que os serviços prestados atendam aos requisitos de qualidade e segurança.	Silva (2023); Miranda, (2022).
Conformidade com as políticas e normas	O controle interno auxilia na garantia de que as políticas, diretrizes e normas estabelecidas para a saúde indígena sejam seguidas de maneira consistente. Isso inclui o cumprimento das políticas de saúde específicas para as comunidades indígenas, bem como das leis e regulamentos aplicáveis.	Silva; Arroyo (2023); Silva (2023); Miranda (2022); Saraiva Dos Santos; Candido Da Silva (2021); Moura (2020).
Identificação de necessidades e melhorias	Ao monitorar e avaliar o desempenho das atividades de saúde indígena, o controle interno pode identificar necessidades específicas das comunidades e oportunidades de melhoria nos serviços prestados.	Vieira et al. (2023); Espíndola; Maeyama (2022).
Transparência e responsabilização	O controle interno promove a transparência nas atividades de saúde indígena e fortalece a responsabilização dos gestores e profissionais de saúde. A prestação de contas e a comunicação transparente das ações realizadas contribuem para a confiança das comunidades indígenas nos serviços de saúde.	Miranda (2022); Vieira; Barreto (2019).

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

Quanto a execução das ações da PNASPI, desde a criação da política ela é auditada por órgãos de controle para avaliar sua execução e gerar oportunidades para o aperfeiçoamento e/ou correção nas ações e processos que desenvolve, contribuindo concomitantemente para a melhoria da atuação do SUS (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

A Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI) conceitua a auditoria como o “exame das operações, atividades e sistemas de determinada entidade, com vistas a verificar se são executados ou funcionam em conformidade com determinados objetivos, orçamentos, regras e normas” conforme tradução do Tribunal de Contas da União (INTOSAI, 1986 APUD TCU, 2017 p. 2).

No setor público, ainda de acordo com a INTOSAI, a auditoria pode ser descrita como “um processo sistemático de obter e avaliar objetivamente evidências para determinar se as informações ou as condições reais de um objeto estão de acordo com critérios aplicáveis” (TCU, 2017 p.3).

O Quadro 3 apresenta aspectos da auditoria em saúde indígena.

Quadro 3 - Aspectos da auditoria em saúde indígena

Aspectos	Descrição	Fontes
Conformidade com a legislação e normas	A auditoria verifica se os recursos destinados à saúde indígena estão sendo utilizados de acordo com as leis, regulamentos e normas específicas aplicáveis ao sistema de saúde indígena.	Silva; Arroyo (2023); Silva (2023); Miranda (2022); Saraiva Dos Santos; Candido Da Silva (2021); Moura (2020).
Qualidade dos serviços de saúde	A auditoria avalia a qualidade dos serviços de saúde prestados às comunidades indígenas, verificando se os atendimentos são adequados, se há disponibilidade de medicamentos e insumos, e se as instalações estão em boas condições.	Silva, (2023); Miranda (2022).
Acesso aos serviços	A auditoria verifica se o acesso aos serviços de saúde é equitativo e se as comunidades indígenas têm acesso a cuidados de saúde adequados, independentemente de sua localização ou condições socioeconômicas.	Machado (2023); Moita (2023).
Transparência na gestão dos recursos	A auditoria analisa se a gestão dos recursos destinados à saúde indígena é transparente e se há prestação de contas adequada sobre o uso desses recursos.	Miranda (2022); Vieira; Barreto (2019).
Prevenção de fraudes e desvios	A auditoria busca identificar possíveis fraudes, desvios ou irregularidades na gestão dos recursos de saúde indígena, contribuindo para a prevenção e detecção de práticas inadequadas.	Machado (2023).
Participação das comunidades indígenas	A auditoria pode envolver a participação ativa das comunidades indígenas, permitindo que elas expressem suas necessidades e preocupações em relação aos serviços de saúde e que sejam ouvidas durante o processo de auditoria.	Machado (2023); Moita (2023); Silva (2023); Miranda (2022).

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

A auditoria em saúde indígena é um processo essencial para garantir a qualidade, a eficiência e a transparência dos serviços de saúde prestados às populações indígenas (VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022). Essa atividade é realizada por profissionais especializados em auditoria e tem como objetivo verificar se os recursos públicos destinados à

saúde indígena estão sendo utilizados de forma adequada e se os serviços estão sendo entregues conforme as normas e padrões estabelecidos (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

No âmbito do MS o Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS/MS), é a unidade com competência para exercer as atividades de órgão de auditoria interna do SUS, sendo também o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria – SNA (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

O SNA tem entre suas competências “*avaliar a estrutura, os processos aplicados e os resultados alcançados pelas ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, aferindo sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade*”, sendo idealizado para funcionar por meio de órgãos de auditoria interna nas esferas federal, estadual e municipal do SUS (Lei nº 8.689, de 27/07/1993, e Decreto nº 1.651, de 28/09/1995).

Ele audita a execução das ações e dos serviços de saúde prestados pelo SUS e propõe melhorias nos processos de gerenciamento de riscos, de controles internos, de integridade e de governança das políticas, dos programas, das ações e dos serviços para o aprimoramento da eficiência, da eficácia e da efetividade da gestão do SUS, entre outras competências (MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

O produto final de uma auditoria é o Relatório Final de Auditoria, um instrumento formal e técnico que registra o objetivo e as questões de auditoria, a metodologia utilizada, as constatações encontradas, as recomendações e a conclusão dos trabalhos, conforme previsto no Manual de Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde. O Relatório Final é referência para o monitoramento da atividade de auditoria e para ações diretas das áreas de controle interno (VIEIRA et al., 2023; ESPÍNDOLA; MAEYAMA, 2022).

O órgão federal de auditoria do SUS audita as ações de saúde indígena, fazendo recomendações à secretaria finalística que executa a política com o objetivo de subsidiar o planejamento das ações e a correção de possíveis desvios de forma a contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços prestados (SILVA; ARROYO, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022; MOURA, 2020).

Considerando a importância da política da saúde indígena na garantia do acesso e da qualidade dos serviços prestados, o controle interno e a auditoria em saúde indígena são ferramentas essenciais para avaliar a efetividade e a eficiência dessas políticas, assegurando a prestação de serviços adequados e o uso responsável dos recursos (MACHADO, 2023. MOITA, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022).

Busca realizada em periódicos, revistas e artigos não localizou literatura específica

sobre a importância da auditoria em saúde indígena e do controle interno, concomitantemente, para o monitoramento da PNASPI. No entanto, FERNANDES (2020) realizou pesquisa intitulada “Avaliação *in itinere* de política pública: o Plano Municipal de Educação de São Borja em movimento”, que versa sobre a avaliação *in itinere* de uma política pública municipal.

O Quadro 4 sintetiza o estudo de Fernandes, (2020).

Quadro 4 - Avaliação *in itinere* de política pública do PME de São Borja/RS

Objetivo da pesquisa	Resultado da pesquisa	Instrumento de Intervenção	Autor (ano)
Avaliar o Plano Municipal de Educação (PME) de São Borja/RS, no período compreendido entre 2015 e 2019	A avaliação <i>in itinere</i> do PME do município de São Borja-RS evidenciou, entre os resultados, que do total de 20 metas, somente 5 foram alcançadas: metas 9 ;15; 13; 14; 18; 19. Das 20 metas do PME, de um total de 240 estratégias, apenas 30 (12,5%) foram executadas com êxito, outras 97 (40,4%) foram atingidas parcialmente e 111 (46,3%) não foram alcançadas, além de 2 estratégias (0,8%) consideradas impossíveis de serem avaliadas.	Estudo de caso, cujo desenvolvimento deu-se por meio de uma avaliação <i>in itinere</i> (acompanhamento/monitoramento), tendo como procedimento para a coleta de dados levantamento bibliográfico, INEP/MEC e do IBGE, entre outros.	FERNANDES (2020)

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

2.1.3 Metodologia

O enquadramento metodológico e os procedimentos para a pesquisa são descritos a seguir.

2.1.3.1 Enquadramento metodológico

Esta Seção trata do enquadramento metodológico e instrumentos utilizados. Quanto ao objetivo da pesquisa, ela é de natureza exploratória e descritiva, e busca compreender e identificar os itens de verificação e as recomendações de auditoria emitidas e registradas nos relatórios de auditoria coletados. A pesquisa exploratória ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada (RAUPP; BEUREN, 2006), e posteriormente permite esclarecimentos sobre o tema e desenvolvimento de outros trabalhos (VENTURA, 2007).

No que se refere a natureza da pesquisa, é um estudo de caso de natureza prática. Para o processo de pesquisa foi adotada a abordagem qualitativa e quantitativa, de forma a se compreender as percepções e registros das auditorias indígenas em relação aos serviços de

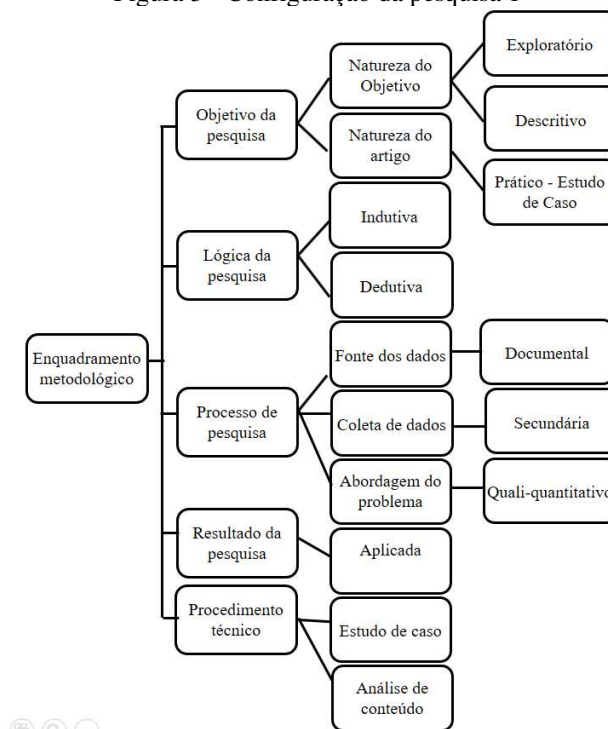
saúde e o controle interno; bem como para a análise estatística relacionada aos resultados dessas ações de controle.

A fonte dos dados se deu por meio de pesquisa documental por se tratar de análise de material institucional, conforme GIL (2017) recomenda para a análise de documentos. A ordenação e a classificação de dados ocorreram a partir de dados secundários obtidos dos documentos e dados coletados do Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SISAUD), do Ministério da Saúde, instituído pela Portaria nº 1.467, de 10/7/2006, com o objetivo de uniformizar os processos de trabalho de auditoria executados pelos componentes do Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SNA), na esfera federal, estadual e municipal.

Quanto ao procedimento técnico utilizado para o estudo de caso foi realizada análise de conteúdo, que permitiu compreender os itens abordados nas auditorias de saúde indígena realizadas no período de 2015 a 2019, associando-os ao eixo “monitoramento” de procedimentos e processos a serem realizados pelo controle interno na execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios.

A Figura 3 apresenta de forma esquemática a configuração da pesquisa.

Figura 3 - Configuração da pesquisa 1



Fonte: Elaboração própria (2023).

2.1.3.2 Procedimentos metodológicos

A coleta de dados foi realizada por meio da leitura de relatórios finais de auditorias de saúde indígena extraídos do Sistema SISAUD, ferramenta tecnológica onde são lançadas as informações sobre as atividades de controle realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS, da fase de planejamento até a fase de publicação do relatório final e de envio de recomendações emitidas nas auditorias aos interessados.

O Sistema SISAUD contém campos para preenchimento parametrizados e os dados das atividades e as análises realizadas são inseridos pelos servidores que compõem as equipes de auditoria, formadas pelo coordenador e membros; sob supervisão técnica de um servidor designado; e também por servidores responsáveis pelo acompanhamento da qualidade das auditorias.

A autorização de acesso aos dados do SISAUD foi concedida à mestrandia pela Coordenação-Geral de Auditoria (CGAUD/DENASUS/MS), em 26/8/2021, por meio do Despacho SEI nº 0022427308, constante dos autos do processo SEI nº 25000.126036/2021/86, conforme o Anexo A.

A extração dos dados do SISAUD (Versão: 2.1.154) para a obtenção de dados e relatórios de auditorias de saúde indígena realizadas e encerradas pelo órgão federal de auditoria do SUS iniciou-se no dia 30/08/2021, às 12:34h, sendo consultado o Sistema até a data de conclusão do trabalho. Utilizou-se senha de acesso com perfil auditor.

Concedido o acesso ao SISAUD foi iniciada a extração de dados do Sistema, para a análise preliminar, a seleção de dados e para a análise dos dados selecionados. É importante registrar que a nomenclatura e as abreviações de campos constantes do sistema foram mantidas na descrição das pesquisas. As auditorias de saúde indígena, são identificadas pelo objeto “OBJETO: 23 - At.Bás|PAB Var|INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA DOS POVOS INDÍGENA”, citadas no trabalho como “objeto saúde indígena”.

Assim, foram realizadas seis pesquisas distintas, que geraram arquivos digitais, a partir da seleção de campos pré-definidos do SISAUD, conforme segue:

- a) A Pesquisa nº 1 localizou 195 objetos de auditoria, sendo gerado um arquivo Excel. Os campos percorridos foram: Menu Principal; Atividade; Consulta Atividade; Pré-Consulta; objeto.
- b) A Pesquisa nº 2 localizou 139 Atividades de controle em saúde indígena, sendo gerado um arquivo Excel. Os campos percorridos foram: Menu principal; Atividade; Consulta Atividade; Pré-consulta; Objeto: 23; filtro OBJETO: 23 - At.Bás|PAB Var|INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA DOS POVOS INDÍGENA.

c) A Pesquisa nº 3 localizou 128 atividades de controle em saúde indígena, sendo gerado um arquivo Excel. Os campos percorridos foram: Menu Principal; Atividade; Consulta Atividade; Pré-Consulta; Objeto: 23; Situação: Aceita; Tipo: Encerrada.

d) A Pesquisa nº 4 localizou 96 auditorias aceitas e encerradas, sendo gerado um arquivo Excel e um arquivo Word. Os campos percorridos foram: Menu principal; Atividade; Consulta Atividade; Pré-consulta; “Tipo de Atividade: Auditoria”; filtro OBJETO: 23 - At.Bás|PAB Var|INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA DOS POVOS INDÍGENA; Situação: Aceita; Tipo: Encerrada.

d) A Pesquisa nº 5 localizou 52 finalidades de auditoria, sendo gerado um arquivo Excel. Os campos percorridos foram: Menu Principal; Atividade; Relatórios; Relatórios Gerenciais; Resumo em arquivo CSV; Período: Início: 01/01/2010 - Término: 31/12/2020; Tipo: Encerrada; Situação: Aceita; Outros Dados; OBJETO: 23 - At.Bás|PAB Var|INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA DOS POVOS INDÍGENA; Tipo de Atividade: Auditoria; Conteúdo do Arquivo CSV selecionados: Tipo de Atividade; Número da Atividade; Município; UF; Objeto; Data de Encerramento; Situação; Valor Auditado; Valor de Devolução; Finalidade da Atividade.

e) A Pesquisa nº 6 localizou 3000 Constatações, sendo gerado um arquivo Excel. Os campos percorridos foram: Menu Principal; Atividade; Consulta Atividade; Relatórios; Relatórios Gerenciais; Constatações; Período: 01/01/2011 a 05/05/2023; Tipo: Encerradas; OBJETO: 23 - At.Bás|PAB Var|INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA DOS POVOS INDÍGENA; Tipo Atividade: Auditoria; Situação: Aceita; Conteúdo do Arquivo CSV: Tipo Atividade, Número Atividade, Constatação, Evidência, Município da Entidade, Recomendações, Fonte da Evidência, Conformidade.

Os dados foram tratados a partir da Pesquisa 1 - Objetos SISAUD, com a finalidade de levantar as atividades de controle cadastradas no Sistema e relacionadas à PNASPI. O resultado foi uma relação contendo 195 Objetos, dos quais verificou-se que havia apenas um relacionado à saúde indígena, com registro ativo: “objeto saúde indígena”. Identificado esse objeto, ele foi utilizado como filtro para todas as demais extrações de dados deste estudo.

Além do filtro mencionado, todas as consultas ao Sistema utilizaram, ainda, o filtro “Órgão: MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS”, uma vez que a pesquisa analisa dados relativos a atividades realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS.

Para conhecer as atividades de controle em saúde indígena registradas no Sistema e realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS, com o objeto “objeto saúde indígena”, foi realizada a Pesquisa 2, sem delimitar período de início ou de encerramento dessas atividades.

Dela resultou um relatório de atividades de controle por objeto, contendo 139 registros de atividades de controle realizadas, de 2011 a abril de 2023, sendo: 97 Auditorias; 10 Fiscalizações; 9 Pareceres Técnicos; 15 Verificações de Termo de Ajuste Sanitário; e 8 Visitas Técnicas.

Restringindo a pesquisa para as atividades de controle em saúde indígena aceitas e encerradas, constatou-se 128 registros de atividades de controle diversos: Auditoria - 96; Fiscalização 10; Parecer técnico - 0; Verificação de Termo de Ajuste Sanitário - 15; e Visita Técnica - 7, formato do arquivo: planilha Excel.

Para conhecer as Auditorias Aceitas e Encerradas constantes do SISAUD, realizadas pelo órgão central de auditoria, foi realizada a Pesquisa 4, cujo resultado demonstra 96 auditorias aceitas e encerradas. Dessas, 52 realizadas no período de 2015 a 2019, objeto deste estudo. Essa pesquisa definiu a extração de 52 Relatórios Finais das Auditorias analisadas.

Assim, para identificar os itens de verificação ou itens auditados, os grupos de itens e as recomendações emitidas, foram realizadas as Pesquisa 5 e 6 – Finalidade de auditoria e Constatações, respectivamente. Os resultados dessas pesquisas forneceram um relatório com os 1505 itens, 11 grupos de itens e um relatório com 3000 constatações.

Observou-se que os campos do SISAUD que contém os elementos necessários para o registro das constatações de auditoria, compondo o Relatório Final são: Tópico; Grupo; Nº da Constatação; SubGrupo; Item; Constatação; Evidência; Fonte da Evidência; e Conformidade: Conforme OU Não conforme.

Não foi localizado nos Manuais do SISAUD, disponíveis para consulta (impressos ou eletrônicos), a descrição de cada um desses elementos, no entanto, o uso dos lançamentos pelas equipes de auditoria utiliza o seguinte padrão:

- a) Nº da Constatação – gerado automaticamente pelo sistema.
- b) Tópico; Grupo; SubGrupo; Item: auditor faz a opção na lista contida no sistema, conforme o objeto de auditoria.
- c) Constatação; Evidência; Fonte da Evidência: o auditor registra em campo aberto conforme o achado e legislação pertinente.
- d) Conformidade: duas opções para escolha - Conforme OU Não conforme.

Todos os relatórios de auditorias coletados foram lidos para a compreensão e posterior análise dos dados.

Os dados foram tabulados em tabelas, após serem correlacionados entre eles. A análise dos resultados foi realizada com base em 52 auditorias de saúde indígenas, encerradas no

período de 2015 a 2019.

2.1.4 Análise e Discussão dos Resultados

2.1.4.1 Auditorias de Saúde Indígena

O levantamento de atividades de controle realizadas em ações de saúde indígena no período de 2015 a 2019, pelo Órgão Federal de auditoria do SUS, identificou 74 atividades de diversos tipos.

Na Tabela 1, é possível observar que o órgão federal de auditoria do SUS realizou as seguintes atividades de controle na área de saúde indígena: auditorias, fiscalizações, emissão de pareceres técnicos, verificação de Termo de Ajustes Sanitários (TAS) e visitas técnicas.

Tabela 1 - Atividades de controle em saúde indígena

Tipo de Atividade	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Auditoria	20	20	10	2	0	52	70,27
Fiscalização	0	1	0	0	0	1	1,35
Parecer técnico	1	0	0	0	6	7	9,46
Verificação de Termo de Ajuste Sanitário	3	1	2	0	2	8	10,81
Visita Técnica	2	0	0	2	2	6	8,11
Total Geral	26	22	12	4	10	74	100

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

As auditorias em saúde indígena, objeto deste estudo, representam 70,27 % das ações de controle realizadas, no total de 52 ações. As outras 32 atividades, representam 29,73% do total, dividindo-se em ações de fiscalizações (1); emissão de pareceres técnicos (7); verificação de Termo de Ajuste Sanitário (8); e visitas técnicas (6).

Observa-se que a quantidade de auditorias nos anos de 2015 e 2016 equivaleram-se, no entanto, houve uma queda gradativa do número de auditorias nos anos de 2017 a 2019, de forma que em 2019 não foram realizadas auditorias em saúde indígena.

Conforme demonstra a Tabela 2, foram realizadas 52 auditorias de saúde indígena, distribuídas pelos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais e Paraná.

Tabela 2 - Auditorias em saúde indígena por Estado

Estado da Federação	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
Acre	1	1	0	0	0	2	3,84

Amapá	0	1	0	0	0	1	1,92
Amazonas	1	2	1	0	0	4	7,70
Ceará	0	1	1	0	0	2	3,84
Espírito Santo	0	1	0	0	0	1	1,92
Maranhão	4	5	0	0	0	9	17,30
Mato Grosso	9	6	8	2	0	25	48,10
Minas Gerais	5	2	0	0	0	7	13,46
Paraná	0	1	0	0	0	1	1,92
Total Geral	20	20	10	2	0	52	100

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

O Estado do Mato Grosso concentrou o maior número de auditorias do período, no total de 25 ações, ou seja 48,10%. Seguindo-se Maranhão com 9 auditorias, 17,30% e Minas Gerais com 7 ações, 13,46%.

A Tabela 3 demonstra que a região Centro Oeste abrigou o maior número de auditorias em saúde indígena realizadas, com o percentual de 48,06 %; sendo seguida pelo Nordeste 21,16%; Sudeste 15,40 %; e Nordeste 13,46%. A região Sul foi a que menos foi contemplada, com apenas uma auditoria, representando 1,90 %.

Tabela 3 - Auditorias em saúde indígena por região

Região da Federação	Total	%
Norte	7	13,46
Nordeste	11	21,16
Centro Oeste	25	48,06
Sudeste	8	15,40
Sul	1	1,90
Total Geral	52	100

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

Quanto às entidades auditadas, a Tabela 4 demonstra que as auditorias ocorreram em CASAI, DSEI, Polos de Saúde Indígena e Secretarias Municipais de Saúde.

Tabela 4 - Auditorias em saúde indígena por entidades auditadas.

Tipo de Entidade	2015	2016	2017	2018	2019	Total	%
CASAI	2	0	0	0	0	2	3,84
DSEI	3	2	1	0	0	6	11,54
Polo de Saúde Indígena	1	5	0	0	0	6	11,54
Secretaria Municipal de Saúde	14	13	9	2	0	38	73,08
Total Geral	20	20	10	2	0	52	100

Fonte: SISAUD – Elaboração própria (2023).

As instituições mais auditadas, em 73,08%, foram Secretarias Municipais de Saúde, no total de 38 instituições, e apenas 2 Casas de Saúde Indígena foram auditadas, no total de 3,84

%. Dos DSEI 6 foram auditados no período, o mesmo quantitativo auditado de Polos de Saúde Indígena. Não foram localizados registros de auditorias realizadas na secretaria finalística responsável pela política nem em entidades conveniadas responsáveis pela execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas.

Conforme verificou-se, do total de 52 auditorias em saúde indígena realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS, no período de 2015 a 2019, 34 auditorias tiveram finalidades diversas, representando a maioria das atividades executadas, no percentual de 65 %. Entretanto, 18 auditorias tiveram a finalidade específica de verificar o atendimento de recomendações de outras auditorias em saúde indígena já realizadas, representando 35%.

Tabela 5 - Auditorias em saúde indígena por finalidade.

Finalidade da Auditoria	Total	%
Verificações diversas	34	65
Verificação de recomendações	18	35
Total Geral	52	100

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

2.1.4.2 Grupos de itens auditáveis

Nas auditorias de saúde indígena foram identificados onze Grupos de itens auditados, no período da pesquisa: Assistência Farmacêutica; Assistência Média e Alta Complexidade; Atenção Básica; Controle Social; Controles Internos; Engenharia/Arquitetura; Recursos Financeiros; Recursos Humanos; Regionalização, Planejamento e Programação; Regulação; e Vigilância em Saúde.

Levantamento preliminar no SISAUD para conhecer as constatações emitidas com “objeto saúde indígena”, identificou 3000 constatações, das quais 1505 relativas a auditorias de 2015 a 2019, correspondendo a 1505 itens auditados.

A Tabela 6 demonstra os Grupos de itens auditados, organizados da seguinte forma: 1505 itens de auditorias, dos quais 1263 itens nas auditorias com finalidades diversas e 242 itens em auditorias com finalidade de verificar recomendações de auditorias anteriormente realizadas.

Tabela 6 - Grupos de itens auditados por finalidade de auditoria.

Grupos de Itens de Auditoria	Auditorias finalidades diversas	Auditorias finalidade de verificação	Total Geral
-------------------------------------	--	---	--------------------

	Nº Itens auditados	Nº Itens auditados	Nº Itens auditados
Assistência Farmacêutica	53	13	66
Assistência Média e Alta Complexidade	33	13	46
Atenção Básica	720	99	819
Controle Social	37	14	51
Controles Internos	40	0	40
Engenharia/Arquitetura	55	35	90
Recursos Financeiros	223	17	240
Recursos Humanos	13	0	13
Regionalização, Planejamento e Programação	65	38	103
Regulação	4	9	13
Vigilância em Saúde	20	4	24
Total Geral	1263	242	1505

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

Os itens de verificação mais auditados estão classificados nos grupos: Atenção básica (54,42%), Recursos Financeiros (15,95%) e Regionalização, Planejamento e Programação (6,84%).

Os itens menos auditados estão agrupados em Recursos Humanos e Regulação, ambos com 13 (0,86%) de auditagens.

Dos onze grupos de itens, apenas aqueles relativos aos Controles Internos e aos Recursos Humanos não foram auditados em auditorias de verificação de recomendações.

A Tabela 7 demonstra que dos 1505 itens auditados o eixo de monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios I - Atenção à Saúde Indígena é aquele a que se pode associar o maior número de itens auditados, no total de 1085 itens, representando 72,09% dos itens auditados.

Tabela 7 - Grupos de itens auditados associados ao eixo de monitoramento

Grupos de Itens	Eixo I Atenção à Saúde Indígena	Eixos II e III Saneamento Ambiental / Edificações de Saúde Indígena	Eixo IV Controle Social	Total
Assistência Farmacêutica	66			66
Assistência Média e Alta Complexidade	46			46
Atenção Básica	819			819
Controle Social			51	51
Controles Internos	14		26	40
Engenharia/Arquitetura		90		90
Recursos Financeiros			240	240

Recursos Humanos	13			13
Regionalização, Planejamento e Programação	103			103
Regulação			13	13
Vigilância em Saúde	24			24
Total Geral	1085	90	330	1505

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

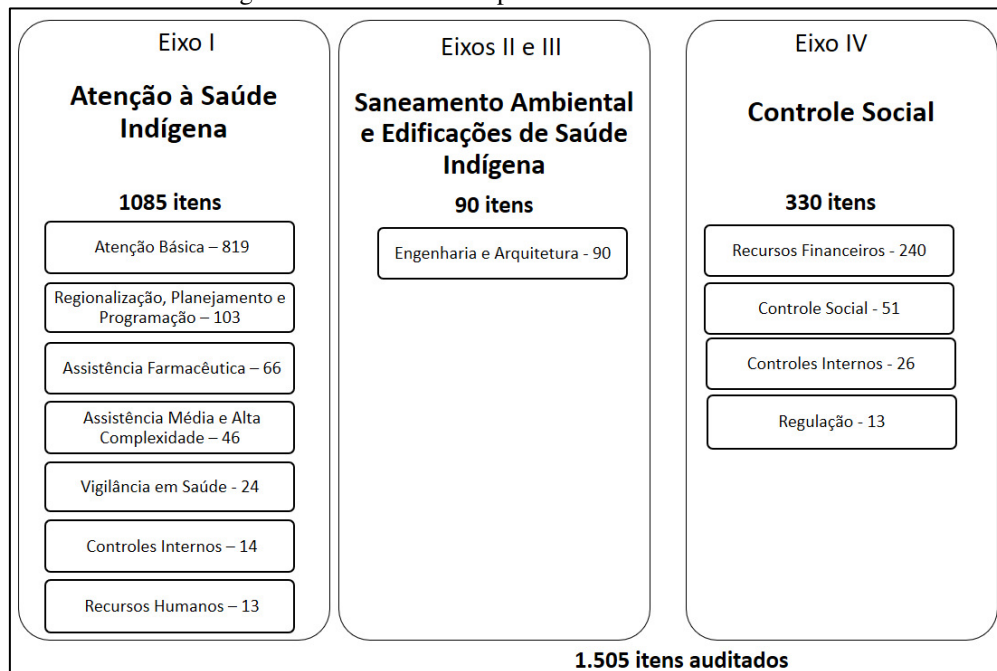
Dos 1085 itens, o Eixo I - Atenção à Saúde Indígena teve itens auditados nos grupos Atenção Básica 819; Regionalização, Planejamento e Programação 103; Assistência Farmacêutica 66; Assistência Média e Alta Complexidade 46; Vigilância em Saúde 24; Controles Internos 14; e Recursos Humanos 13.

Quanto ao eixo IV - Controle Social ele contou com 330 itens auditados, ou seja, 21,93% do total de itens, estando eles agrupados em Regulação 13; Controles Internos 26; Controle Social 51; e Recursos Financeiros 240.

Os eixos de monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios II - Saneamento Ambiental e III - Edificações de Saúde Indígena, juntos, tiveram o menor número de itens auditados: 90 (5,98%), todos eles ligados ao grupo de itens de engenharia e arquitetura.

A Figura 4 permite a visualização dos itens auditados por eixo do controle interno.

Figura 4 - Itens auditados por eixo de controle interno.



Fonte: Elaboração própria (2023).

2.1.4.3 Recomendações emitidas nas auditorias

As Recomendações de auditoria são registradas no Relatório Final de Auditoria e endereçadas às secretarias finalísticas do MS e demais agentes interessados, obedecendo a legislação em vigor. Elas são emitidas a partir da análise dos itens auditados quando não estão em conformidade. Assim, dos 1505 itens auditados nas 52 auditorias realizadas, foram emitidas 1106 recomendações.

A Tabela 8 demonstra as recomendações emitidas nas auditorias em saúde indígena, por grupo de itens auditados, no total de 1106 recomendações. Dessas, 960 (86,80%) em auditorias com finalidades diversas e 146 (13,20%) em auditorias com finalidade de verificar recomendações de auditorias realizadas.

Tabela 8 - Recomendações de auditorias de saúde indígena emitidas

Grupos de Itens	Nº de Recomendações		
	Auditorias finalidades diversas	Auditorias finalidade de verificação	Total Geral
Assistência Farmacêutica	43	8	51
Assistência Média e Alta Complexidade	26	9	35
Atenção Básica	534	57	591
Controle Social	28	7	35
Controles Internos	37	0	37
Engenharia/Arquitetura	58	24	82
Recursos Financeiros	135	10	145
Recursos Humanos	12	0	12
Regionalização, Planejamento e Programação	77	24	101
Regulação	8	6	14
Vigilância em Saúde	2	1	3
Total Geral	960	146	1106

Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

Do total, o maior número de recomendações emitidas diz respeito ao Grupo de itens de Atenção Básica, sendo 591 recomendações, ou seja 53,44% do total de recomendações emitidas. Dessas, 534 em auditorias diversas e 57 em auditorias de recomendações.

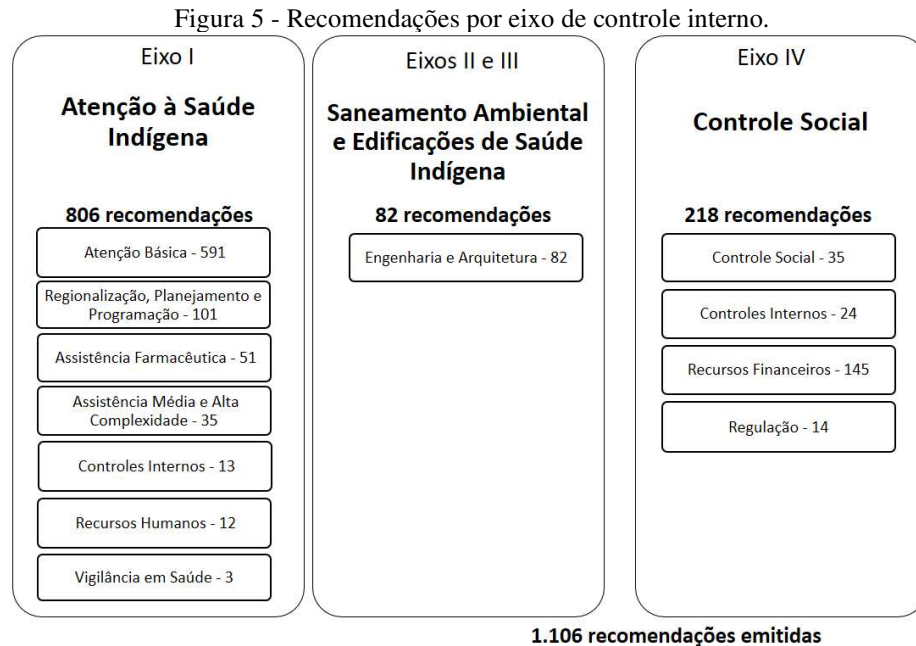
O Grupo de itens Recursos Financeiros ficou em segundo lugar no número total de recomendações emitidas, 145 do total, representando 13,11% do valor integral; sendo seguido pelo Grupo Regionalização, Planejamento e Programação com 101 recomendações (9,13 %).

Os demais grupos de itens, receberam recomendações da seguinte forma: Engenharia/Arquitetura 82 (7,41%); Assistência Farmacêutica 51 (4,61%); e Controles Internos

37 (3,35%), do total geral de recomendações. O grupo Assistência Média e Alta Complexidade e grupo Controle Social, ambos tiveram 35 (3,16%) recomendações emitidas.

Os Grupos de itens Vigilância em Saúde; Recursos Humanos; e Regulação foram os que obtiveram menor número de recomendações emitidas do total geral, sendo de 3; 12; 14, respectivamente.

A Figura 5 sintetiza as recomendações emitidas por eixo de controle interno.



Fonte: Elaboração própria (2023).

Das 960 recomendações emitidas nas auditorias com finalidades diversas, os grupos de itens Atenção Básica e Recursos Financeiros foram os que receberam maior número de recomendações: 534 (55,63 %) e 135 (14,06 %), respectivamente. Em seguida foram emitidas recomendações para os grupos de itens Regionalização, Planejamento e Programação 77 (8,02 %); Engenharia/Arquitetura 58 (6,04 %); Assistência Farmacêutica 43 (4,48 %); Controles Internos 37 (3,85 %); Controle Social 28 (2,92 %); Assistência Média e Alta Complexidade 26 (2,71 %); e Recursos Humanos 12 (1,25 %). Os grupos Regulação 8 (0,83 %) e Vigilância em Saúde 2 (0,21 %) obtiveram o menor número de recomendações entre as auditorias com finalidades diversas.

Quanto às 146 recomendações emitidas nas Auditorias de recomendações, os grupos de itens Atenção Básica; Engenharia/Arquitetura; e Regionalização, Planejamento e Programação receberam 57 (39,04 %); 24 (16,44 %) e 24 (16,44 %) recomendações, respectivamente. Em seguida vieram os demais grupos de itens: Recursos Financeiros 10 (6,85%); Assistência Média e Alta Complexidade 9 (6,16%); Assistência Farmacêutica 8 (5,48%); Controle Social 7 (4,79%); Regulação 6 (4,11%); e Vigilância em Saúde 1 (0,68%). Os grupos de itens Controles

Internos e Recursos Humanos não receberam recomendações entre as auditorias para verificar recomendações de auditorias anteriormente realizadas.

2.1.5 Conclusões

Quanto ao problema de pesquisa foi verificado que as auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS nos anos de 2015 a 2019 convergem com o processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas por meio de convênios, favorecendo o monitoramento dessa política.

O objetivo geral foi atendido, sendo identificado que todas as auditorias analisadas possuem grupos de itens auditáveis que se relacionam aos eixos de controle interno de monitoramento proposto, embora os eixos II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena tenham sido aqueles que menos tiveram itens verificados.

Quanto aos objetivos específicos foi possível identificar que os itens de verificação constantes das auditorias em saúde indígena realizadas pelo órgão federal de auditoria do SUS, podem ser associados ao processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios. Foi constatado também que as recomendações emitidas nas auditorias abrangem esse eixo reforçando a necessidade e ações corretivas e o fortalecimento da política.

Foi identificado que das 52 auditorias em saúde indígena realizadas no período de 2015 a 2019, 34 tiveram a finalidade diversificada, correspondendo a 65%, e 18 tiveram a finalidade de verificação de recomendações de auditorias já realizadas, ou seja 35%.

No total foram auditados 1505 itens que foram agrupados em onze grupos de itens de auditoria, sendo 1263 itens nas auditorias com finalidades diversificadas e 242 itens em auditorias com finalidade de verificar recomendações. Os itens auditados foram relacionados ao processo de monitoramento de acordo com os eixos de atuação da política, verificando-se 1085 itens (72,09%) ligados ao eixo I Atenção à Saúde Indígena; 90 (5,98%) referentes aos eixos II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena; e 330 (21,93%) itens ligados ao eixo IV Controle Social.

Quanto ao último objetivo específico, relacionado à quantidade de recomendações emitidas, constatou-se que as 52 auditorias realizadas, examinaram 1505 itens auditados, dos quais foram geradas 1106 recomendações, das quais 960 (86,80%) em auditorias com finalidades diversificadas e 146 (13,20%) em auditorias com finalidade de verificar recomendações

de auditorias realizadas. As 1106 recomendações, abrangendo todos os eixos de monitoramento do controle interno analisado, foram remetidas à secretaria finalística e demais órgãos interessados na avaliação e controle da política.

Ainda que não tenha sido não localizado outro trabalho que trate do mesmo tema para cotejamento dos resultados, no que se refere a estudo de caso para monitoramento de política pública, FERNANDES (2020) em seu trabalho “Avaliação *in itinere* de política pública Avaliar o Plano Municipal de Educação (PME) de São Borja/RS, no período compreendido entre 2015 e 2019” avaliou as estratégias executadas no PME, identificando lacunas no acompanhamento desse plano. Já esta pesquisa, demonstra que todos os eixos de monitoramento do controle interno possuem itens auditados, não havendo lacuna neste quesito.

Entende-se que a pesquisa inova no que trata da avaliação conjunta de política de saúde indígena pelo controle interno e pela auditoria conjuntamente, possibilitando avanço no estudo da matéria.

No que diz respeito às limitações, o estudo de caso foi realizado com dados extraídos de uma única fonte, no entanto, não houve prejuízo ao trabalho considerando-se que as informações do sistema extrator são fidedignas e seguras, por ser mantido e alimentado por órgão do poder executivo federal. Outra limitação diz respeito aos relatórios conclusivos das auditorias que eram disponibilizados para consulta pública por meio do sítio eletrônico próprio, porém, o serviço deixou de ser ofertado em decorrência da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) e até a data da conclusão da pesquisa o acesso não havia sido retomado, entretanto, a dificuldade foi vencida solicitando-se o acesso direto ao SISAUD. Por último, a utilização da análise de conteúdo e da análise documental, foram as únicas técnicas utilizadas pelos autores.

Para futuras pesquisas sobre auditorias em saúde indígena, sugere-se:

- (i) Avaliar os itens delas constantes com o objetivo de propor melhorias no planejamento dessas ações de controle;
- (ii) Ampliar o estudo sobre os itens auditados, verificando aqueles contemplados nos procedimentos de controle interno “acompanhamento” e “avaliação”, relativos à execução de ações complementares por meio de convênios; e
- (iii) Realizar pesquisa sobre os itens auditados pelos componentes estaduais e municipais do SNA, comparando-os aos itens auditados pela esfera federal.

2.2 ARTIGO 2 – MODELO PARA APERFEIÇOAMENTO DE AUDITORIAS EM SAÚDE INDÍGENA, SEGUNDO A METODOLOGIA MULTICRITÉRIO EM APOIO À GESTÃO CONSTRUTIVISTA (MCDA-C) – ESTUDO DE CASO

2.2.1 Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema público de saúde que tem como objetivo garantir o acesso universal, integral e equânime aos serviços de saúde para toda a população brasileira. Ele é composto por diversas instâncias e componentes que atuam de forma integrada para promover a saúde e prestar assistência médica a todos os cidadãos.

O SUS é gerido em três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Em cada uma dessas esferas, há órgãos gestores responsáveis pela coordenação, planejamento e execução das ações e políticas de saúde. Em nível federal, o órgão gestor é o Ministério da Saúde (MS), que estabelece diretrizes nacionais e aloca recursos para os estados e municípios.

Financiado principalmente por recursos públicos provenientes dos governos federal, estadual e municipal, onde cada esfera de governo contribui de acordo com sua capacidade financeira, a União é responsável por uma parcela significativa desse financiamento. Também é responsável por acompanhar o bom uso desses recursos, por meio de seus sistemas de controle.

No âmbito do SUS, entre as políticas nacionais de saúde encontram-se aquelas voltadas à saúde de seguimentos populacionais (artigo 4º da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017), figurando entre elas a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Essa Política, nos termos da Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002, tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de forma diferenciada, conforme o estabelecido na legislação que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e a Lei nº 9.836/2002. Cabe à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) a função de planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da política. A expressão “saúde indígena”, nesse trabalho, se refere às atividades e ações relacionadas à PNASPI.

Ocorre, que a qualidade da prestação de serviços de saúde aos povos indígenas tem sido questionada por segmentos da sociedade (CIMI, 2019; DENÚNCIA, 2014; SAUDE, 2018; TERENA, 2021), e o resultado de ações de controle realizadas por órgãos da administração pública também tem apontado indícios de que a política não tem alcançado os seus objetivos

de forma satisfatória: Relatório de Avaliação da Secretaria Finalística Responsável pela PNASPI no exercício 2019 (CGU, 2019, p. 7), e Acórdão nº 599/2020-TCU-Plenário.

Diante desse contexto e considerando que o Ministério da Saúde, responsável pela execução da política de saúde indígena, faz o controle interno e também faz auditoria interna nas ações da política emitindo recomendações de auditoria aos gestores para sanar possíveis irregularidades identificadas, e, principalmente para o aperfeiçoamento dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança (Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde) foi formulada a seguinte pergunta: quais as características das auditorias de verificação de recomendações de saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS?

O objetivo geral deste trabalho foi construir um modelo de avaliação com as características das auditorias realizadas pelo órgão federal do SUS. Para isso, o trabalho teve como objetivos específicos: (i) estruturar, com base na Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C), as múltiplas variáveis que abarcam as auditorias de verificação de recomendações de auditorias de saúde indígena realizadas, julgadas relevantes pelo Decisor, assim como a forma de avalia-las; e (ii) indicar oportunidades de aperfeiçoamento no planejamento das auditorias de saúde indígena.

Em termos práticos, esta pesquisa permitiu uma visão compilada do modelo de auditoria que o órgão federal do SUS utiliza em suas ações junto a política de saúde indígena, possibilitando ao Decisor a tomada de decisão quanto a possíveis ajustes e melhorias deste modelo.

O modelo proporcionou mensurar se a definição dos itens auditados contempla os eixos de atuação da PNASPI (I Atenção à Saúde Indígena; II Saneamento Ambiental; III Edificações de Saúde Indígena; e IV Controle Social), de forma a viabilizar que em futuras auditorias haja equilíbrio da definição dos temas a serem abordados.

O resultado referente aos itens de verificação aponta que os procedimentos de auditoria adotado abrangem todas as etapas da fase de implementação da política (estruturação da governança e gestão; alocação e gestão de recursos orçamentários e financeiros; operação e monitoramento), em especial no que se refere a avaliação da gestão de riscos e de controles internos nas contratações, etapas inseridas na estruturação da governança e gestão.

À SESAI este trabalho permite rever as recomendações já emitidas pelo órgão federal do SUS para checagem do atendimento e a adoção de medidas corretivas de processos, ações e atividades na execução da PNASPI. Ele é um instrumento que permite à Secretaria esclarecer como o resultado da auditoria pode ser utilizado para aperfeiçoar suas ações.

Por último, esse estudo acrescenta conteúdo à literatura acerca de políticas de acesso à saúde por comunidades indígenas; bem como de modelos de auditoria em políticas públicas, e pode colaborar em futuras pesquisas sobre os temas. Ele dá visibilidade do trabalho da auditoria federal do SUS conjugando teoria e métodos científicos à experiência do órgão em fazer auditoria.

2.2.2 Referencial Teórico

2.2.2.1 Auditoria em Saúde Indígena

A International Organization of Supreme Audit Institutions (INTOSAI) define auditoria como um processo sistemático e independente que envolve a obtenção e avaliação de evidências para verificar informações, operações, transações, sistemas e outras atividades. Esse processo tem como objetivo fornecer uma avaliação imparcial e objetiva sobre a conformidade, eficiência, eficácia e economia das operações auditadas (INTOSAI, 1986 APUD TCU, 2017 p. 2; TCU, 2017 p. 3).

As auditorias podem ser classificadas em duas categorias: a externa e a interna, a depender do escopo e do propósito. A principal diferença entre elas está no seu grau de independência.

A auditoria externa é realizada por entidades externas ou independentes, como por exemplo empresas de auditoria externa e agências governamentais de auditoria. A auditoria interna é realizada pela própria organização para avaliar e melhorar os processos de gestão de riscos, controle e governança.

A auditoria interna é uma atividade independente e objetiva, que avalia e melhora os processos de uma organização, ajudando a alcançar seus objetivos. Ela examina a eficácia dos controles internos, identifica riscos, coíbe fraudes e ineficiências no processo, e recomenda melhorias para fortalecer a governança e a gestão. Seu foco vai desde a conformidade com políticas e regulamentos até a otimização de operações e a mitigação de possíveis vulnerabilidades.

A NBCTI 01, regulada pela Resolução CFC 986, de 28 de novembro de 2003, registra que a auditoria interna “compreende os exames, análises, avaliações, levantamentos e comprovações, metodologicamente estruturados para a avaliação da integridade, adequação, eficácia, eficiência e economicidade dos processos, dos sistemas de informações e de controles

internos integrados ao ambiente, e de gerenciamento de riscos, com vistas a assistir à administração da entidade no cumprimento de seus objetivos. ”

No que se refere a auditoria interna ela é uma ferramenta importante para assegurar que a gestão dos serviços de saúde indígena seja pautada pela transparência, eficiência e prestação de contas aos usuários (MACHADO, 2023. MOITA, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022).

A auditoria interna compreende diversos tipos, sendo os principais: a financeira, a operacional e a de conformidade (INTOSSAI 100). A auditoria financeira concentra-se na revisão das demonstrações contábeis, garantindo a precisão dos registros financeiros. Já a auditoria operacional analisa os processos e a eficiência, buscando melhorias e identificando áreas de aprimoramento. Por fim, a auditoria de conformidade avalia se as operações estão em conformidade com leis e regulamentos, garantindo que a organização atue dentro dos padrões legais e éticos estabelecidos.

No Brasil, cabe ao Ministério da Saúde, no âmbito de suas competências, executar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e realizar ações de auditoria interna para verificar o cumprimento dos princípios e diretrizes da política, garantindo a oferta adequada de serviços de saúde e a transparência na gestão dos recursos. Esta atribuição compete à

A PNASPI busca promover a integralidade do cuidado e a participação das comunidades indígenas na gestão e avaliação dos serviços de saúde a elas oferecido, tendo a interculturalidade como um princípio fundamental na atenção à saúde indígena. Assim, essa política deve levar em consideração as práticas culturais e as necessidades específicas das comunidades, garantindo a adequação dos serviços prestados àqueles usuários.

O órgão federal de auditoria do SUS, unidade do Ministério da Saúde, realiza auditorias de conformidade na PNASPI, com o objetivo de avaliar se as ações da política seguem as diretrizes legais e regulamentares estabelecidas. Isso inclui verificar se os recursos são aplicados corretamente, se as atividades estão alinhadas com as normas vigentes, se há transparência na gestão dos recursos públicos e se a política está sendo implementada conforme o previsto. Essas auditorias contribuem para garantir a legalidade, a transparência e a eficiência na execução da política de saúde, com a finalidade de planejar ações e promover a melhoria contínua no atendimento à população indígena (SILVA; ARROYO, 2023; SILVA, 2023; MIRANDA, 2022; MOURA, 2020; MACHADO, 2023. MOITA, 2023).

A auditoria interna realizada pelo órgão federal do SUS tem um papel fundamental para o fortalecimento das políticas de saúde, uma vez que os achados de auditoria relatados nos Relatórios elaborados podem indicar as lacunas que necessitam ser preenchidas e/ou ações que

precisam de intervenção.

De acordo com o Manual de Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde, as auditorias produzem Relatórios que contém constatações, conclusões e recomendações a serem implementadas pelos gestores competentes, no sentido de sanar possíveis irregularidades e melhorar os processos de planejamento, gerenciamento de riscos, controle e governança das políticas, programas e ações de saúde.

A compreensão de constatações de auditoria é fundamental no contexto da avaliação organizacional. As constatações de auditoria referem-se a resultados encontrados durante o processo de avaliação interna, revelando divergências, irregularidades ou lacunas nos controles, procedimentos ou conformidade dentro de uma entidade. Essas constatações podem variar em sua natureza, abrangendo desde questões menores até problemas significativos que impactam a eficiência, eficácia e conformidade da organização. Elas são fundamentais para a emissão de recomendações que visam aprimorar os processos internos, fortalecer controles e mitigar riscos, contribuindo assim para a melhoria contínua das operações.

As constatações das auditorias podem estar em conformidade ou em desacordo com as normas estabelecidas. Quando há discordância, as constatações são consideradas não conforme e dão origem a recomendações de auditoria.

As recomendações de auditoria interna são orientações oferecidas pelos auditores após a identificação de constatações não conformes durante o processo de auditoria, com o propósito corrigir falhas encontradas. Essas recomendações devem ser apresentadas de forma clara e objetiva, dando conhecimento à gestão dos problemas identificados durante a auditoria interna, contribuindo assim para a melhoria contínua e o aperfeiçoamento dos processos organizacionais.

Segundo FERREIRA (p. 47. 2021):

As recomendações constituem mecanismos de adequação, os quais uma vez efetivados resultariam na melhoria da capacidade da gestão, na efetivação da PNASPI, em função do atendimento eficaz, eficiente e de qualidade à saúde dos povos indígenas.

Quando a auditoria emite uma recomendação e ela é atendida, pode-se dizer que a auditoria contribuiu efetivamente para a ação ou política de saúde.

No presente trabalho, as constatações das auditorias presentes nos relatórios emitidos pelo órgão federal do SUS foram analisadas, para possibilitar a construção de um modelo que permita ao Decisor propor melhoria no planejamento das auditorias em saúde indígena.

2.2.2.2 Processo de tomada de decisão

O processo decisório é um elemento central em todas as esferas da vida, permeando desde escolhas pessoais até decisões corporativas complexas. Segundo a teoria da racionalidade limitada de Herbert Simon (MORITZ, PEREIRA, 2015), os tomadores de decisão muitas vezes operam em condições de informações incompletas e limitações cognitivas, buscando soluções satisfatórias em vez de ótimas. Modelos mais contemporâneos, como a teoria do prospecto de Daniel Kahneman e Amos Tversky, destacam a influência das emoções e tendências cognitivas na tomada de decisão (FALKEMBACH; BENETTI; SEIBERT; BOFF, 2020). O processo decisório, portanto, é um campo multidisciplinar, onde a psicologia, a economia e a gestão convergem, explorando como os indivíduos e organizações formulam escolhas diante de cenários complexos e incertos.

Nas políticas públicas, o processo decisório é um campo crítico que envolve uma interação complexa de atores, interesses e informações. A influência política, a negociação entre os diferentes atores e a avaliação de custos e benefícios na formulação e implementação de políticas públicas influenciam as decisões de acordo com o perfil do Decisor e o cenário em que as decisões são tomadas. Outros autores, como Teixeira e Lannes, exploram a relevância da participação da sociedade civil no processo decisório para garantir políticas mais inclusivas e eficazes. Essas perspectivas acadêmicas destacam a complexidade e a necessidade de considerar múltiplos fatores no processo de tomada de decisão em políticas públicas.

O Decisor pode adotar para apoiar suas escolhas, diversas ferramentas e metodologias que direcionam para uma posição mais segura e assertiva quanto aos objetivos a serem alcançados. Neste trabalho considerou-se que a tomada de decisão com relação aos itens auditados é pautada na conformidade do item com a legislação a ele relacionada. O uso da MCDA-C é uma das ferramentas que pode oferecer benefícios significativos no processo de tomada de decisão no que concerne ao aprimoramento de políticas públicas de saúde, por exemplo. Ao aplicar essa abordagem é possível considerar critérios relevantes para a formulação e aprimoramento das políticas, como eficácia dos tratamentos, equidade no acesso aos serviços de saúde, custo-benefício, impacto socioeconômico e aceitabilidade cultural. A metodologia permite uma análise detalhada e criteriosa desses critérios, possibilitando a identificação das melhores opções para direcionar recursos, priorizar intervenções e maximizar os resultados da política de saúde, promovendo, assim, uma gestão mais eficiente e orientada por evidências, fortalecendo o arcabouço relativo a formulação, implementação e controle de políticas públicas de saúde informadas por evidências.

Especificamente no contexto da política de saúde indígena, o uso da MCDA-C pode representar uma oportunidade de melhoria, ao incorporar critérios sensíveis às necessidades específicas de execução da política para atendimento às comunidades indígenas. A abordagem oferece uma estrutura que possibilita avaliar e aprimorar a política de saúde voltada para esse grupo. A metodologia pode auxiliar na identificação das melhores estratégias para fortalecer a política de saúde indígena, garantindo uma abordagem mais inclusiva, participativa e efetiva, alinhada com as demandas e realidades das comunidades atendidas, respeitando a multidiversidade, as práticas tradicionais de cura, o acesso adequado aos serviços de saúde e a preservação dos saberes desses povos, ou seja, atendendo as particularidades da política e do público por ela atendida.

2.2.3 Metodologia

Nesta sessão detalha-se o enquadramento metodológico adotado, bem como os procedimentos metodológicos realizados.

2.2.3.1 Enquadramento metodológico

De caráter exploratório-descritivo, este estudo de caso aplicado analisou 242 itens auditados em auditorias de monitoramento de auditorias de saúde indígenas realizadas, para construir um modelo personalizado que possibilite apoiar a implementação de melhorias no planejamento dessas ações de controle.

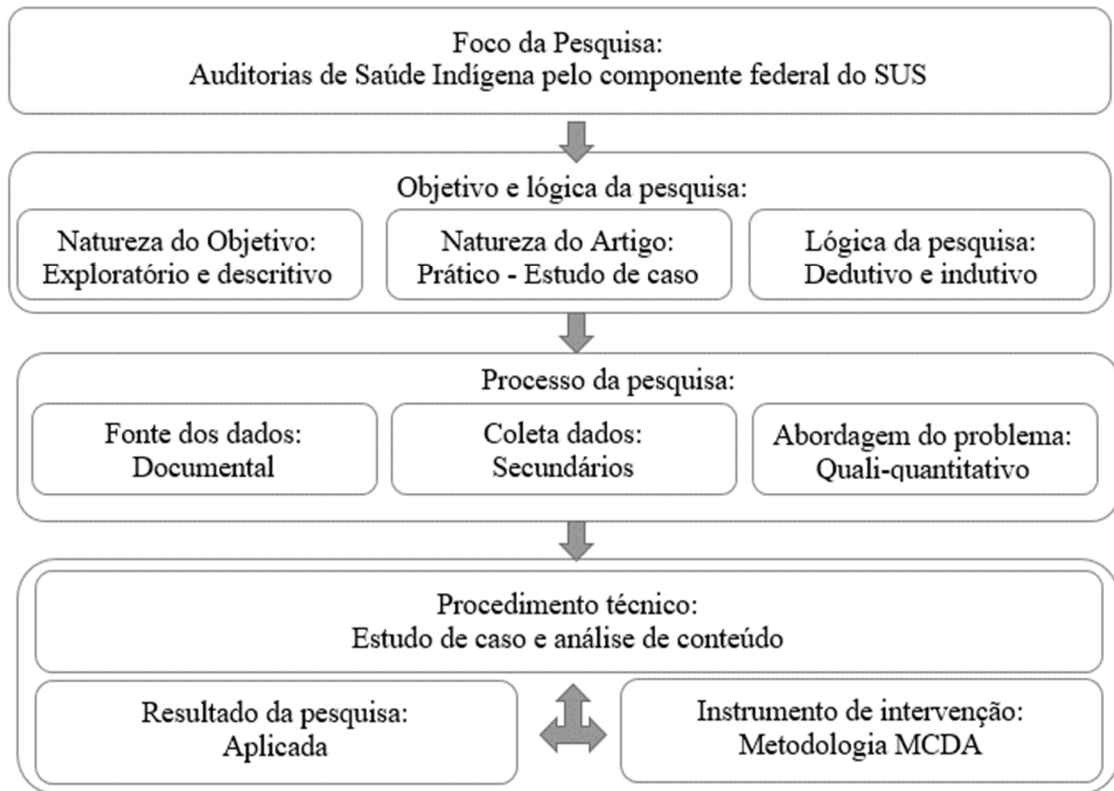
Por meio de pesquisa documental realizada em documentos institucionais coletados do Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SISAUD), a coleta de dados é caracterizada de natureza secundária.

Quanto à abordagem do problema, este estudo caracteriza-se como qualitativo na fase de estruturação, quantitativo na fase de avaliação, e quali quantitativo na fase de recomendação da metodologia Multicritério de Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C).

A análise de conteúdo foi adotada como procedimento técnico para o estudo de caso.

A Figura 6 ilustra a configuração da pesquisa:

Figura 6 - Configuração da pesquisa 2



Fonte: Elaboração própria (2023).

2.2.3.2 Procedimentos metodológicos

A coleta de dados foi realizada a partir de autorização de acesso aos dados do Sistema de Auditoria do Sistema Único de Saúde (SISAUD - Versão: 2.1.154), do Ministério da Saúde, conforme o Anexo A. Nesse sistema são lançadas as auditorias realizadas pelo órgão federal do SUS desde o planejamento até a emissão dos relatórios finais, sendo usada a senha de acesso “perfil auditor”.

O Sistema possui campos de preenchimento obrigatório, contando com botões de opção ou campos abertos para lançamento de texto, a depender do dado a ser apresentado. Para a pesquisa foram utilizados campos relativos a elaboração das constatações de auditoria, sendo eles: Tópico; Grupo; Nº da Constatação; SubGrupo; Item; Constatação; Evidência; Fonte da Evidência; e Conformidade. A análise destes campos foi determinante para a realização deste trabalho.

Verificou-se que a Constatação, que recebe um número gerado automaticamente pelo sistema, tem como menor elemento o campo “Item”. Ele se refere ao item auditado, sendo agrupado por “SubGrupo” e “Grupo”, campos parametrizados por botões de opção. Os

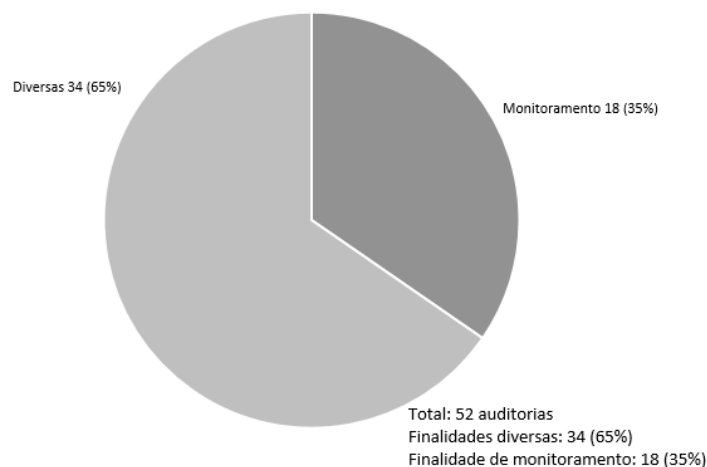
“Grupos” se referem a temas das auditorias sendo eles: Assistência Farmacêutica; Assistência Média e Alta Complexidade; Atenção Básica; Cadastramento de Serviços; Consórcio; Controle Social; Controles Internos; Engenharia/Arquitetura; Grupo do Trabalho e Educação em Saúde; Gestão Municipal; Humanização da atenção e gestão da saúde; Justiça intempestiva; Programa Farmácia Popular do Brasil; Programas Estratégicos; Recursos Financeiros; Recursos Humanos; Rede Cegonha – Ambiência e Boas Práticas; Rede Cegonha – Caderneta de Saúde da Criança; rede Cegonha – Componente Pré-Natal; Rede Cegonha – Contrato de Gestão; Rede Cegonha – Coordenação; Rede Cegonha – Gestão; Rede Cegonha – Leitos, Prof. Direito Acompanhante; Rede Cegonha – Plano de Ação Regional (PAR); Rede Cegonha – Transporte Seguro; Rede Cegonha – Vaga Sempre; Rede Cegonha – Acolhimento e Classificação de Risco; Regionalização, Planejamento e Programação; Regulação; Saúde Bucal CEO (média e alta complexidade); Saúde do Trabalhador; Sistema Nacional de Auditoria; Vigilância em Saúde.

Nas auditorias de saúde indígena verificou-se o registro de 9 Grupos, 23 Subgrupos e 49 Itens.

Após serem levantados os relatórios das auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS, nos anos de 2015 a 2019, foi realizada leitura do conteúdo de todos os documentos.

Conforme pode-se ver no Gráfico 1, verificou-se que no período analisado foram realizadas 52 auditorias em saúde indígena, das quais 34 auditorias tiveram finalidades diversas, totalizando 65%; e 18 auditorias foram realizadas com o objetivo de monitorar o atendimento de recomendações de outras auditorias em saúde indígena já realizadas, representando 35%.

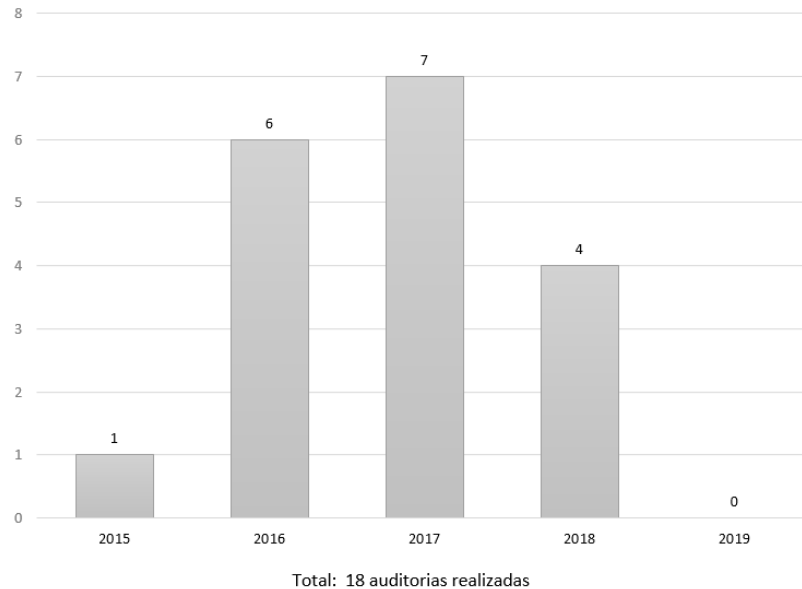
Gráfico 1 - Auditorias de saúde indígena por finalidade



Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

No Gráfico 2 é possível verificar das 18 auditorias realizadas para monitoramento do atendimento de recomendações, uma foi executada no ano de 2015. Em 2016, foram realizadas 6; em 2017 executaram-se 7; em 2018 foram 4; e em 2019 não foi realizada nenhuma auditoria de monitoramento.

Gráfico 2 - Auditorias de saúde indígena com finalidade de verificar atendimento de recomendações

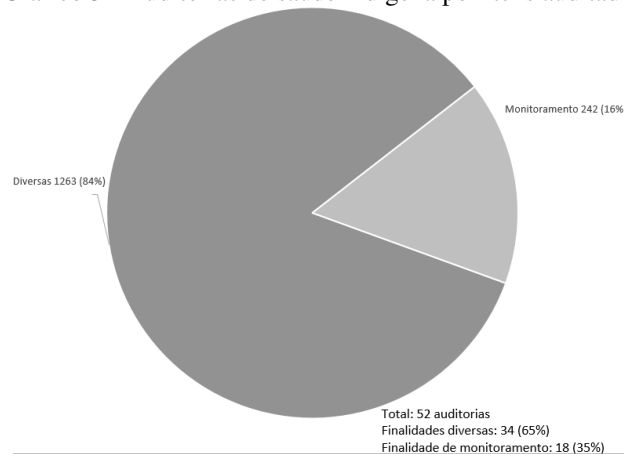


Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

Verificou-se que as 18 auditorias com a finalidade de verificar o atendimento de recomendações de outras auditorias em saúde indígena, foram realizadas em UBSI, Postos de Saúde Indígena, Polos Base, CASAI, DSEI e SMS; localizados nos estados do Ceará, Minas Gerais e Mato Grosso.

As auditorias realizadas contemplaram 1505 itens auditados, como se vê no Gráfico 3, sendo: 1263 (84%) itens nas auditorias com finalidades diversas e 242 (16%) itens em auditorias com finalidade de verificar recomendações de auditorias anteriormente realizadas.

Gráfico 3 - Auditorias de saúde indígena por itens auditados



Fonte: SISAUD (2023) – Elaboração própria (2023).

A partir da identificação das auditorias em saúde indígena realizadas, distinguindo-as por finalidade, e considerando os itens auditados, optou-se pela análise daquelas auditorias de saúde indígena com finalidade de verificação de recomendações de auditorias já realizadas, no total de 18 auditorias.

Assim, este estudo foi realizado com base na Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C), analisando 18 auditorias de monitoramento de recomendações, que geraram 242 constatações, e elaborado Modelo Geral com foco voltado especificamente para aquelas direcionadas às auditorias de saúde indígena realizadas nos estados de Ceará e de Mato Grosso.

2.2.3.3 Instrumento de intervenção

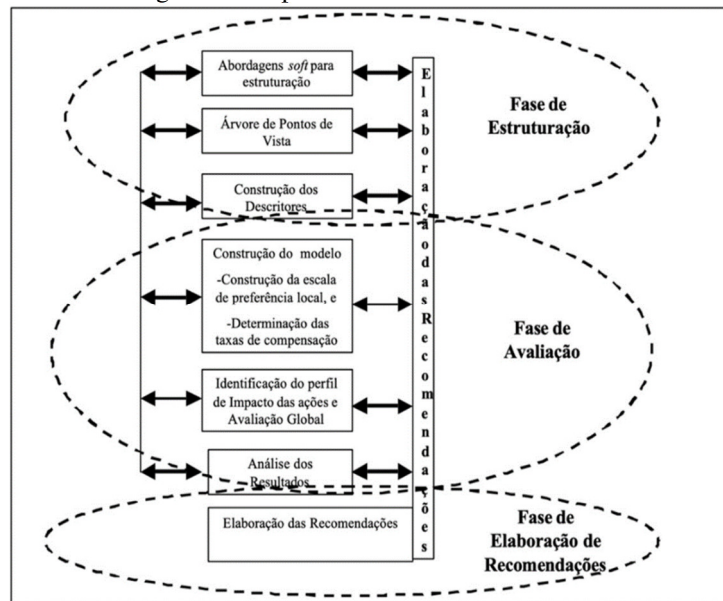
A Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C) é uma ferramenta de intervenção que adota o modelo construtivista de investigação. Ela não propõe uma decisão ótima, tem a finalidade de compreender melhor o contexto decisório para apoiar o Decisor, como ensina Ensslin (2001, p.10). Conforme Ensslin, Giffhorn, Ensslin, Petri e Vianna (2010), a MCDA-C tem como sua principal intenção o processo de desenvolver o conhecimento do decisor sobre o contexto decisório.

Seguindo a metodologia MCDA-C, a proposta de aperfeiçoamento das auditorias em saúde indígena pelo órgão federal do SUS, a partir das auditorias de saúde indígena com finalidade de verificação de recomendações de auditorias foi construída em três fases: i) Estruturação; ii) Avaliação; e iii) Recomendações.

Como ensinam Ensslin et al. (2010), Ensslin et al. (2017), Ensslin et al. (2022) e Tamanini e Petri (2022), a fase da estruturação possibilita o entendimento do problema em seu contexto; já a fase da avaliação é a construção do modelo matemático propriamente dito; e a fase da recomendação pretende ofertar ao Decisor alternativas que apoiem sua decisão naquele cenário.

A Figura 7 demonstra as principais etapas da MCDA-C.

Figura 7 - Etapas fundamentais da MCDA-C



Fonte: Tamanini e Petri (2022, p. 441).

No Quadro 5, elaborado usando como referência o trabalho de Ensslin; Montibeller e Noronha (2001), estão todas as etapas percorridas por este estudo usando a MCDA-C, especificando as fases do processo e tipo de análise necessária, as tarefas realizadas e os produtos alcançados. Nele é possível a EHV foi estruturada em quatro níveis ou linhas.

Quadro 5 - Fases da Metodologia MCDA-C utilizadas no estudo

Fases/Tipo de análise	Tarefas	Produtos
Estruturação (Análise qualitativa)	1. Abordagem “soft” para estruturação 1.a. Descrever o ambiente 1.b. Identificar os Atores 1.c. Definir o Rótulo 1.d. Desenvolver o Sumário	1. Contextualização do problema 1.a. Ambiente 1.b. Subsistema de Atores 1.c. Rótulo 1.d. Sumário
Estruturação (Análise qualitativa)	2. Construção da Família dos Pontos de Vistas (FPV) 2.a. Identificar os Elementos Primários de Avaliação (EPAs) 2.b. Construir conceitos a partir dos EPAs 2.c. Separar EPAs por áreas de preocupação 2.d. Separar EPAs por subáreas 2.e. Separar EPAs por Sub-Subáreas 2.f. Construir a Estrutura Hierárquica de Valor (EHV) 2.g. Legitimar FPV com os pares da auditoria	2. Família dos Pontos de Vistas (FPV) 2.a. Elementos Primários de Avaliação (EPAs) 2.b. Conceitos dos EPAs 2.c. Áreas de Preocupação (Eixo de monitoramento do controle interno) 2.d. Subáreas (PVF) 2.e. Sub-Subáreas (PVE 1ª linha) 2.f. Estrutura Hierárquica de Valor (EHV) 2.g. FPV legitimado

	3. Construção dos Descritores 3.a. Construir os Descritores 3.b. Elaborar Níveis de Referência 3.c. Definir Perfil de Desempenho do Status Quo (SQ)	3. Estrutura Hierárquica de Valor e Descritores 3.a. Descritores 3.b. Nível de Referência (Mapas Meios-Fins) 3.c. Perfil de Desempenho do Status Quo (SQ)
II. Avaliação (Análise quantitativa)	4. Análise de Independência	Não se aplicou
	5.1. Construção das funções de valor 5.a. Transformar escalas ordinais em cardinais 5.2. Identificação das Taxas de Compensação (Subordinação, Trade-offs) 5.a. Construir taxas de compensação 5.b. Aplicar Equação do Modelo Geral	5.1. Funções de valor 5.a. Funções de Valor (Escala ordinais em escalas cardinais) 5.2. Taxas de Compensação (Subordinação, Trade-offs) 5.a. Taxas de compensação 5.b. Modelo Geral definido
	6. Identificação do perfil de impacto das alternativas 6.a. Identificar perfil de desempenho de ações	6. Perfil de desempenho de ações 6.a. Perfil de desempenho de ações
	7. Análise de Sensibilidade	Não se aplicou
	8. Formulação Recomendações 8.a. Propor ações de aperfeiçoamento, oportunidade melhoria, iniciativas, etc. 8.b. Fazer Análise de Custo Benefício	8. Recomendações 8.a. Ações de aperfeiçoamento, oportunidade melhoria, iniciativas, etc. 8.b. Não se aplicou
III. Recomendações (Análise qualitativa e quantitativa)		

Fonte: Adaptado de Ensslin, L., Montibeller, G., Noronha, S., Apoio à Decisão, Insular, 2001
Elaborado pelos autores (2023)

O estudo considerou que os Relatórios de auditoria registram a posição do Decisor, e que todos os itens auditados devem estar em condições de conformidade, desta forma, para que haja melhoria das ações da política pública é preciso que os itens não conformes atinjam a conformidade, ou seja, no mínimo 100 pontos.

2.2.4 Análise e Discussão dos Resultados

Esta Seção apresenta as três fases percorridas para a elaboração do modelo construtivista: i) Estruturação; ii) Avaliação; e iii) Recomendações.

2.2.4.1 Fase de estruturação

A primeira fase da MCDA-C é a fase de estruturação que consiste na compreensão do contexto do problema de forma que seja possível a visualização de uma estrutura que contemple os objetivos que o Decisor deseja alcançar, as justificativas e o modo como serão atingidos (TAMANINI e PETRI, 2002). Ela contempla a contextualização do problema; a construção da Família dos Pontos de Vista (FPV), que permite a estruturação hierárquica de valor e, a construção dos descritores com seus respectivos níveis de referência.

É na fase de estruturação que o conhecimento acerca do problema e de seu contexto é gerado, uma vez que se busca identificar os aspectos que possibilitarão a construção dos indicadores e respectivos níveis de referência, conforme relatam Coelho, Ensslin e Petri (2021).

A MCDA-C prevê que, para a obtenção dos dados, sejam realizadas entrevistas com o Decisor para contextualizar o ambiente e as circunstância que envolvem o possível problema. No entanto, este trabalho inovou e utilizou relatórios de auditoria de saúde indígena produzidos pelo órgão federal de auditoria do SUS, extraídos do Sistema SISAUD, como fonte documental considerando que o órgão tem autonomia e independência para decidir como executar as auditorias que realiza, e todos os achados de auditoria são classificados em itens auditados pelas equipes de auditoria, conforme a legislação que embasa a contestação, ou seja, a fonte de evidência.

Os relatórios de auditoria registram a percepção e a interpretação do Decisor sobre o ambiente decisório de auditoria, conforme Ensslin et al. (2022). Assim, foram identificados os itens auditados que representam o cenário em que as auditorias são realizadas.

Foram utilizados 18 relatórios de auditorias com finalidade de verificação de recomendações de auditorias já realizadas, no período de 2015 a 2019, como base para a estruturação do trabalho. Deles, extraíram-se os dados relativos aos itens auditados, subgrupos e grupos de itens auditados, associando-os aos eixos de monitoramento do controle interno.

2.2.4.1.1 Contextualização, Subsistema de Atores, Rótulo e Sumário

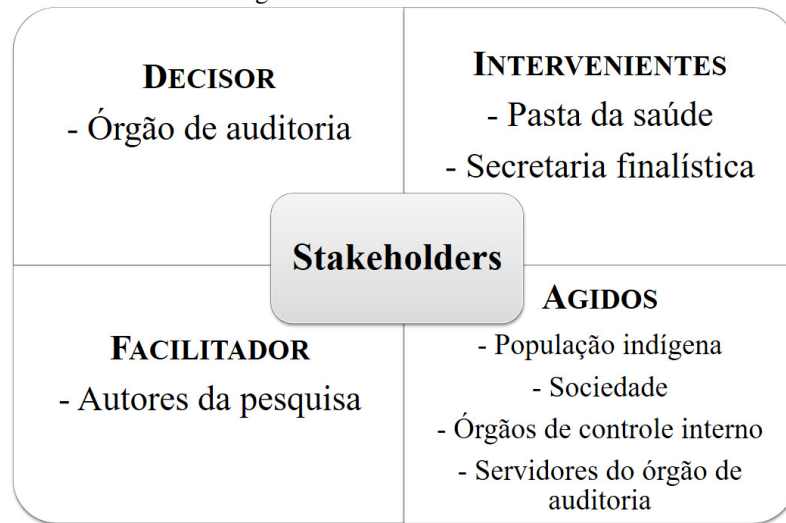
A auditoria em saúde indígena e o controle interno são dois elementos essenciais para a avaliação da política de saúde voltada para as comunidades indígenas. Desempenhando papéis complementares eles contribuem para a efetividade, a transparência e a prestação de contas dos serviços de saúde ofertados a essas populações.

O Ministério da Saúde é o órgão responsável pela política de saúde indígena. O controle interno da política é competência da secretaria finalística responsável por sua execução, e o órgão federal do SUS é uma das instituições que audita a política.

A avaliação dos itens que estão sendo auditados nas auditorias realizadas pelo órgão federal do SUS pode possibilitar a melhora dos processos de auditoragem.

O Subsistema de Atores representado na Figura 8 demonstra os indivíduos ou grupos de influência que atuam de forma direta ou indireta no contexto das decisões das auditorias, conforme Ensslin, Montibeller e Noronha (2001).

Figura 8 - Subsistema de Atores



Fonte: Elaboração própria (2023).

O Subsistema de Atores representa:

- a) Decisor – aquele a quem foi delegado o poder de decisão. O estudo considerou o órgão federal de auditoria do SUS, como o Decisor, em função dele exercer as atividades de órgão de auditoria interna do SUS e de órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com autonomia e independência para decidir como executar as auditorias que realiza. Ele é órgão integrante da estrutura do MS, formalmente delegado para realizar as auditorias, cujo resultados são enviados aos interessados (auditado, secretaria finalística, órgãos de controle e outros) e publicá-los (reconhecimento público e transparência), o que gera inclusive devolução de recursos federais aos cofres públicos.
- b) Intervenientes – aqueles que participam diretamente no processo decisório. A definição dos intervenientes se deu, observando-se a participação direta de cada um deles no processo decisório, com seus sistemas de valores próprios, sendo eles: o Ministério da Saúde e a Secretaria finalística. O MS como órgão do Poder Executivo Federal é o responsável pela

organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. Em sua página institucional ele publicita ter como valores institucionais a inovação, o comprometimento, a empatia, a transparência, a ética, a eficiência e a efetividade, a sinergia e a sustentabilidade. Já à Secretaria finalística cabe a responsabilidade de planejar, de coordenar, de supervisionar, de monitorar e de avaliar a implementação da PNASPI.

c) Agidos – aqueles que apesar de não serem responsáveis pelas decisões tomadas, recebem diretamente o impacto dessas ações, ou seja: os Usuários dos serviços de saúde indígena; os Servidores do órgão central de auditoria; os Órgãos responsáveis pelo controle interno e externos da administração pública; e a Sociedade como um todo.

d) Facilitador – é o apoiador do processo de tomada de decisão, que dispõe das ferramentas (modelos) para auxiliar o Decisor. Os autores da pesquisa figuram como facilitadores, apoiando o processo de tomada de decisão por meio do modelo elaborado.

Para enunciar o problema delimitando o foco principal do trabalho e indicar o propósito a ser alcançado, conforme prediz Ensslin, Montibeller e Noronha (2001), foi definido como rótulo: Modelo de avaliação para aperfeiçoamento de auditoria em saúde indígena.

De forma a apresentar o campo de estudo a ser explorado de maneira estruturada, o Sumário foi definido conforme Tabela 9.

Tabela 9 – Sumário MCDA-C

Problema	As ações e serviços de saúde devem ser regulamentados, fiscalizados e controlados pelo Poder Público, na forma da lei (Art. 197 CF), isto possibilita aperfeiçoar o serviço prestado à população.
Justificativa	A secretaria finalística do Ministério da Saúde (MS) responsável pela execução da política de saúde indígena, atuando como controle interno, acompanha, monitora e avalia procedimentos e processos de execução de ações complementares da atenção à saúde dos povos indígenas, executada por meio de convênios, observando 4 eixos de atuação: I Atenção à Saúde Indígena; II Saneamento Ambiental; III Edificações de Saúde Indígena; e IV Controle Social. O Órgão federal de auditoria do SUS, também integrante do MS, audita as ações da política, colaborando na identificação de possíveis desvios, irregularidades, falhas de gestão, e lacunas no atendimento, bem como contribuindo para garantir a correta aplicação dos recursos, a qualidade dos serviços e a transparência na gestão dos serviços.
Alternativa	Aprimorar os processos e procedimentos de auditoria garantem melhores produtos a serem entregues à sociedade.
Objetivo	Avaliar as auditorias realizadas e construir o modelo para apoiar a gestão do órgão central do SUS na melhoria de suas auditorias é o objetivo deste trabalho.
Proposta para solução	Analisar os relatórios conclusivos das auditorias de saúde indígena, realizadas no período de 2015 a 2019, para identificar quais itens foram analisados nessas auditorias, de forma a verificar se convergem com itens relativos ao procedimento de monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios, realizado pelo controle interno, utilizando a metodologia MCDA-C.
Produto final	O Modelo possibilita ao Decisor conhecer como tem atuado nas auditorias de saúde indígena que realiza, permitindo que sejam evidenciados, organizados e mensurados os aspectos considerados relevantes nas ações realizadas. O resultado da pesquisa concede ao Decisor a oportunidade de aperfeiçoar o planejamento e execução das auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão.

Fonte: Elaborado pelos autores (2023)

2.2.4.1.2 Família dos Pontos de Vista e Estrutura Hierárquica de Valor (EHV)

A partir da metodologia MCDA-C, os Elementos Primários de Avaliação (EPAs), que demonstram a percepção e a interpretação do Decisor a respeito do seu ambiente decisório (ENSSLIN et al., 2022), foram identificados por meio dos elementos básicos para a análise das auditorias em saúde indígena, somando 81 EPA's, decorrentes de 9 Grupos, 23 Subgrupos e 49 Itens.

Identificados os EPAS, a metodologia MCDA-C orienta que o entendimento do Decisor a respeito deles sejam expandidos por meio de conceitos orientados à ação. Cada conceito deve possuir o polo presente, que é o objetivo do Decisor em termos de desempenho, e o polo oposto (oposto psicológico) representando o desempenho mínimo aceitável.

Uma vez que este estudo considera os dados da pesquisa como a posição do Decisor e a sua percepção dada no momento da realização das auditorias e ainda que, a auditoria é um procedimento que se baseia na legislação vigente, os conceitos dos EPAS foram construídos de acordo com as normativas descritas nas evidências registradas nos Relatórios de Auditorias analisados.

O Quadro 6 contempla os 81 EPA's identificados, que receberam os mesmos nomes dos elementos que lhes deram origem.

Quadro 6 - Elementos Primários de Avaliação (EPA's)

Nº	EPAs	Nº	EPAs	Nº	EPAs
1	Assistência Farmacêutica	28	Resultado	55	Execução Física
2	Assistência Média e Alta Complexidade	29	Termo de Compromisso de Gestão	56	Fundamentação Legal
3	Atenção Básica	30	Unidades Básicas de Saúde	57	Gerenciamento
4	Controle Social	31	Vigilância Ambiental	58	Indicadores AB
5	Engenharia/Arquitetura	32	Vigilância Epidemiológica	59	Instalações Prediais
6	Recursos Financeiros	33	Acesso	60	Localização
7	Regionalização, Planejamento e Programação	34	Acesso a outros níveis atenção/SADT	61	Medicamentos
8	Regulação	35	Alimentação de Sistemas Informatizados	62	Outras Atividades (Visitas/Rotinas/ Acolhimento)
9	Vigilância em Saúde	36	Alimentação Sistemas	63	Plano de Aplicação
10	Assistência Ambulatorial	37	Aprovado pelo Conselho	64	Plano de Trabalho
11	Assistência Farmacêutica Básica	38	Armazenamento/Controle de estoques/Validade	65	Prestação de Contas
12	Assistência Hospitalar	39	Atendimento à demanda/clientela estimada	66	Prestação de Contas ao Conselho
13	Conselho de saúde	40	Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho	67	Programação Anual de Saúde
14	Contrato	41	Cadastro	68	Recursos Humanos

15	Controle e Avaliação	42	Capacitação	69	Recursos Humanos
16	Convênios	43	Capacitação dos Conselheiros	70	Recursos Materiais
17	Equipamentos	44	Composição Equipes	71	Recursos Materiais/equipamentos
18	ESF - PACS/PSF	45	Composição/Eleição Conselheiros	72	Recursos Materiais/equipamentos
19	ESF Saúde Bucal	46	Comprovação da Despesa	73	Referência/Contra-referência
20	Fundo a Fundo	47	Comprovação de despesas	74	Registros/Cadastro
21	Fundo de Saúde	48	Contrato de Profissionais	75	Sistemática de Elaboração/Conteúdo
22	Instrumentos de Planejamento PS	49	Deliberações/Resoluções	76	Sistemática de Elaboração/Conteúdo
23	Instrumentos Planejamento PDR/PPI/PDI	50	Distribuição	77	Sistemática de Elaboração/Conteúdo
24	Obras e Serviços	51	Documentação/Registros	78	Sistemática de Elaboração/Conteúdo
25	Plano de Saúde	52	Estrutura Física	79	Sistemática de Elaboração/Conteúdo
26	Processo de Trabalho	53	Estrutura Física	80	Submetido ao Conselho
27	Relatório de Gestão	54	Estrutura física instalações/conservação	81	Utilização de Recursos Vinculados-PAB

Fonte: SISAUD (2023) – Elaborado pelos autores (2023)

Assim, os conceitos de todas EPAS devem ser aplicados conforme a legislação vigente relativa às respectivas políticas e programas de saúde, considerando os atos normativos da saúde, tendo como legislação de base a CF 88, a Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990.

No Quadro 7 são apresentados os conceitos orientados à ação para os nove primeiros EPAs, estando a lista completa de Conceitos descrita no Apêndice A.

Quadro 7 - EPAs e Conceitos

EPA	Conceito	Legislação de base
01 Assistência Farmacêutica	Executar ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.	Alínea d, do inciso I, do art. 6º da Lei nº 8080/1990 e art. 1º da Portaria nº 3.916, de 30/10/1998.
02 Assistência Média e Alta Complexidade	Identificar estabelecimentos hospitalares de referência; gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade.	Alínea a, do inciso III, do art. 16 e inciso IX, do art. 17, da Lei nº 8080/1990.
03 Atenção Básica	Promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizando ações integradas assistenciais e atividades preventivas na atenção básica.	Inciso III, do art. 5º, da Lei nº 8080/1990.
04 Controle Social	Exercer o controle Social por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, com organização e normas de funcionamento em regimento próprio, aprovadas no respectivo conselho.	§ 5º, do art. 1, da Lei nº 8142/1990.
05 Engenharia / Arquitetura	Garantir infraestrutura adequada e com boas condições de funcionamento para os estabelecimentos de saúde do SUS,	Artigo 7º, da Lei 8080/1990; Portaria MS/GM nº 2436/2017; inciso III, do art. 7º, § 3º, do art. 19, anexo XXIV, da

	garantindo ambiência com arquitetura inclusiva e acessibilidade.	Portaria MS/GM nº 3390/2013.
06	Recursos Financeiros	Exercer a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde, anualmente; movimentando os recursos em conta especial, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.
07	Regionalização, Planejamento e Programação	Descentralizar a rede de serviços de saúde político-administrativamente, com direção única em cada esfera de governo.
08	Regulação	Atender à Regulação de Sistemas de Saúde; à Regulação da Atenção à Saúde; e à Regulação do Acesso à Assistência.
09	Vigilância em Saúde	Realizar ações integradas de Vigilância em Saúde por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Fonte: SISAUD (2023) - Elaboração própria (2023).

No que diz respeito aos polos presentes e opostos dos conceitos, este trabalho considerou o campo “conformidade” dos Relatórios conclusivos das auditorias para representa-los, posto que o polo presente refere-se ao cumprimento total da legislação tendo como resultado a opção “conforme” e o polo oposto a opção “não conformidade”.

Observando-se os EPAs, eles foram agrupados nas áreas de preocupação, que nesta pesquisa estão relacionados aos eixos de controle interno para monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios.

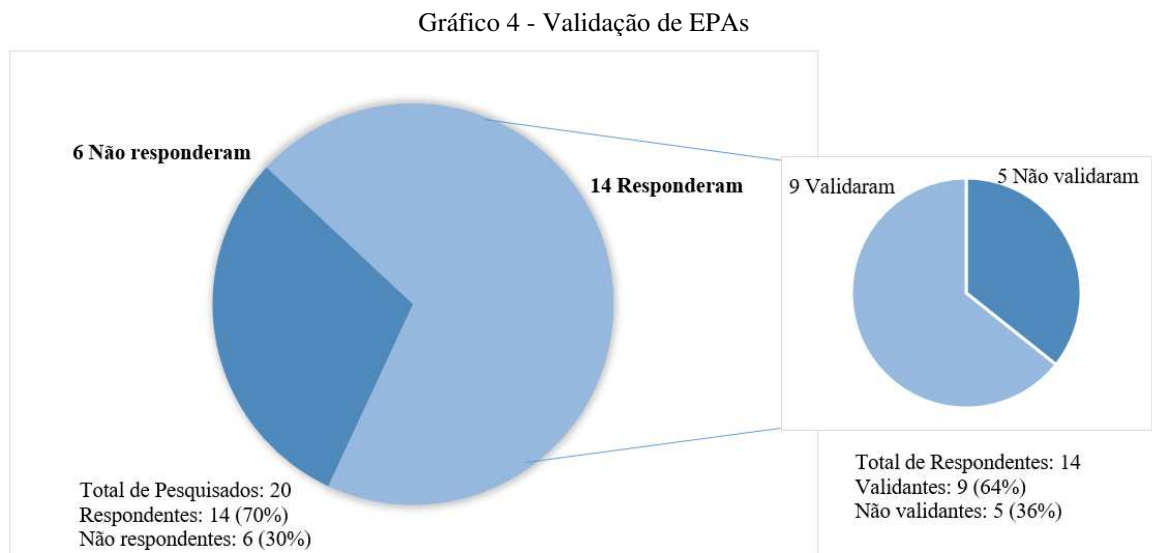
Conforme descrito anteriormente, os EPAs foram definidos a partir dos itens auditados, grupos e subgrupos, dados nos relatórios de auditoria. Desses, houve dúvida quanto ao enquadramento dos EPAs “35. Alimentação de Sistemas Informatizados” e “41. Cadastros”, uma vez que as constatações eram relacionadas ao cadastro e a atualização de dados do CNES. A dúvida requerida pairou no enquadramento desses EPAs ao eixo de preocupação “Controle Social” ou “Atenção à Saúde Indígena”.

Para definir e dar legitimação ao enquadramento desses itens às áreas de preocupação, vinte servidores lotados em uma das unidades descentralizadas do órgão federal do SUS foram convidados a participar de pesquisa com a finalidade de validar a associação do item de constatação das auditorias aos eixos de monitoramento analisado, que é de responsabilidade da secretaria finalística responsável pela execução da PNASPI.

Foi disponibilizado aos servidores um link que os redirecionou para um formulário digital elaborado na plataforma “Google Forms”. A pesquisa constou de uma questão objetiva, considerando que os PVFs e áreas de preocupação já estavam definidos.

Ao responder a pesquisa os participantes tomaram ciência de que os dados obtidos seriam utilizados nesta pesquisa, por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando que todas as respostas seriam anônimas, e autorizaram a utilização dos dados para a pesquisa, com a publicação dos resultados, desde que mantido o sigilo e preservada a identidade dos participantes.

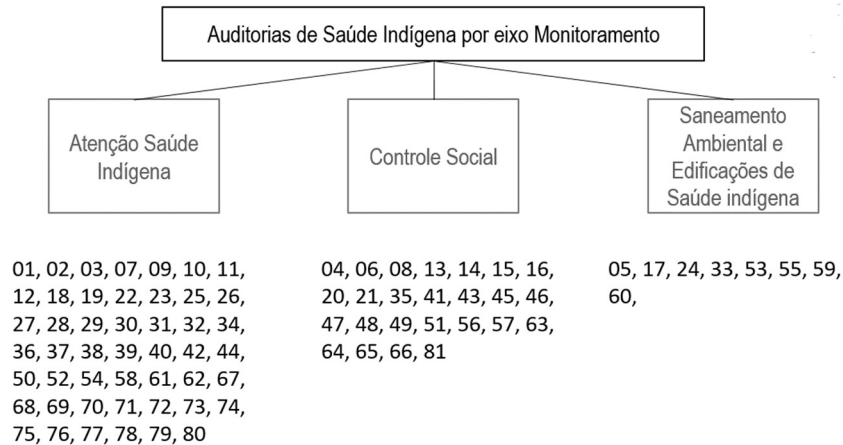
Após o convite para participar da pesquisa, esclarecendo o objetivo do estudo, com a devida justificativa para a sua realização e exposição dos motivos para a participação, foi solicitado aos vinte servidores lotados na unidade descentralizada pesquisada, que respondessem quanto ao enquadramento de item auditado a eixos de controle interno. O Gráfico 4 demonstra o resultado da pesquisa de validação, cujo teor encontra-se no Apêndice B.



Fonte: Elaboração própria (2023).

Dos vinte servidores lotados na Seção, 14 (70%) responderam à pesquisa: 9 (64%) validaram o enquadramento. Desta forma foi validado e potencializado o enquadramento dos EPAs “35. Alimentação de Sistemas Informatizados” e “41 Cadastros” como PVE 1ª linha, ligados hierarquicamente ao PVE 2ª linha Controle e Avaliação; submetido ao PVF Regulação, alinhado à Área de Preocupação Atenção à Saúde Indígena.

A Figura 9 apresenta Estrutura *top-down* das 18 auditorias em saúde indígena e os itens auditados a elas relacionados, demonstrando as três grandes Áreas de Preocupação, cuja nomenclatura se deu com base nos eixos de monitoramento do controle interno relativos ao estudo: I Atenção à Saúde Indígena, IV Controle Social, e II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena.

Figura 9 - Estrutura *top-down* das auditorias em saúde indígena (Áreas de preocupação e EPAs)

Fonte: Elaboração própria (2023).

A tarefa seguinte foi a construção da Estrutura Hierárquica de Valor (EHV), estrutura arborescente (árvore) onde é identificada a Família dos Pontos de Vista (FPV), formada pelos Pontos de Vista Fundamentais (PVFs) e os Pontos de Vista Elementares (PVEs) conforme seus níveis hierárquicos.

De acordo com Coelho, Ensslin e Petri (2021), a decomposição dos PVF's em PVE's possibilita a mensuração dos critérios, de forma que uma circunstância complexa possa ser mensurada de forma mais descomplicada.

A EHV foi estruturada em quatro níveis ou linhas, que são hierarquizados e interligados de forma horizontal. Conforme registram Coelho, Ensslin e Petri (2021), a decomposição dos PVFs em PVEs possibilita a mensuração dos critérios, de forma que uma circunstância complexa possa ser mensurada de forma mais simples. Para fins didáticos e para facilitar a legibilidade, a EHV pode ser descrita conforme Quadro 8:

Quadro 8 – Composição da Estrutura Hierárquica de Valor em tabela

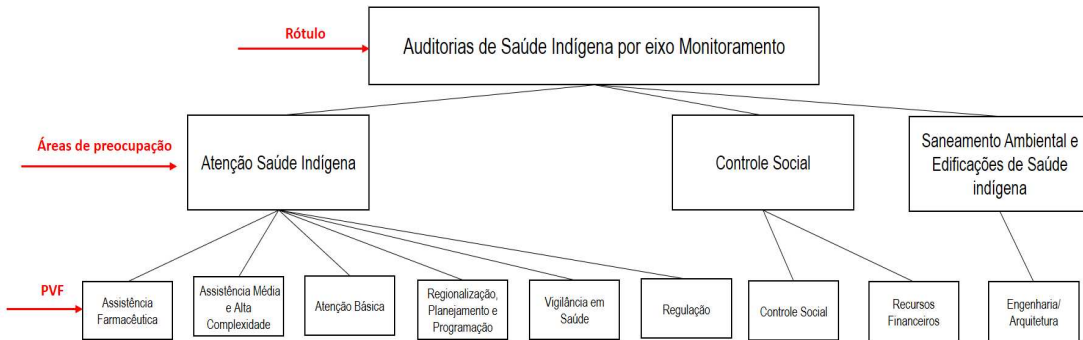
Níveis ou linhas	Elementos
1 Rótulo	Auditorias de Saúde Indígena por eixo Monitoramento
3 Áreas de preocupação	Atenção à Saúde Indígena; Controle Social; Saneamento Ambiental e/ou Edificações de Saúde Indígena.
9 PVFs	Assistência Farmacêutica; Assistência Média e Alta Complexidade; Atenção Básica; Regionalização, Planejamento e Programação; Vigilância em Saúde; Regulação; Controle Social; Recursos Financeiros; e Engenharia/ Arquitetura.
23 Pontos de Vista Elementares (PVEs) de 1ª linha	Assistência Farmacêutica Básica; Assistência Ambulatorial; Assistência Hospitalar; Unidades Básicas de Saúde, Processo de Trabalho; ESF - PACS/ PSF; ESF Saúde Bucal; Resultado; Instrumentos Planejamento OS; Instrumentos Planejamento PDR/PPI/ PDI; Plano de Saúde; Relatório de Gestão; Termo de Compromisso de Gestão; Vigilância Ambiental; Vigilância Epidemiológica; Controle e Avaliação; Conselho de saúde; Contrato; Convênios; Fundo a Fundo; Fundo de Saúde, Equipamentos; Obras e Serviços.
49 Pontos de Vista	Estoques; Distribuição; Recursos Materiais/equipamentos; Medicamentos; Recursos Humanos; Estrutura física instalações/conservação; Referência/Contra-referência; Estrutura

Elementares (PVEs) de 2ª linha	Física; Recursos Materiais; Recursos Humanos; Registros/Cadastro; Outras Atividades (Visitas/Rotinas/Acolhimento); Acesso a outros níveis atenção/SADT; Capacitação; Composição Equipes; Recursos Materiais/equipamentos; Atendimento à demanda/clientela estimada; Indicadores AB; Indicadores AB; Indicadores AB; Aprovado pelo Conselho; Programação Anual de Saúde; Sistemática de Elaboração/Conteúdo; Sistemática de Elaboração/Conteúdo; Submetido ao Conselho; Sistemática de Elaboração/Conteúdo; Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho; Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho; Cadastro Alimentação de Sistemas Informatizados; Capacitação dos Conselheiros; Composição/Eleição Conselheiros; Deliberações/Resoluções; Documentação/Registros; Fundamentação Legal; Contrato de Profissionais; Plano de Trabalho; Prestação de Contas; Plano de Aplicação; Comprovação da Despesa; Submetido ao Conselho; Sistemática de Elaboração/Conteúdo; Gerenciamento; Prestação de Contas ao Conselho; Utilização de Recursos Vinculados-PAB; Localização; Acesso; Estrutura Física; Execução Física; Instalações Prediais.
--------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria (2023).

A Figura 10 mostra o corte da EHV contendo o rótulo da árvore, com as respectivas áreas de preocupação; e os Pontos de Vista Fundamentais (PVFs):

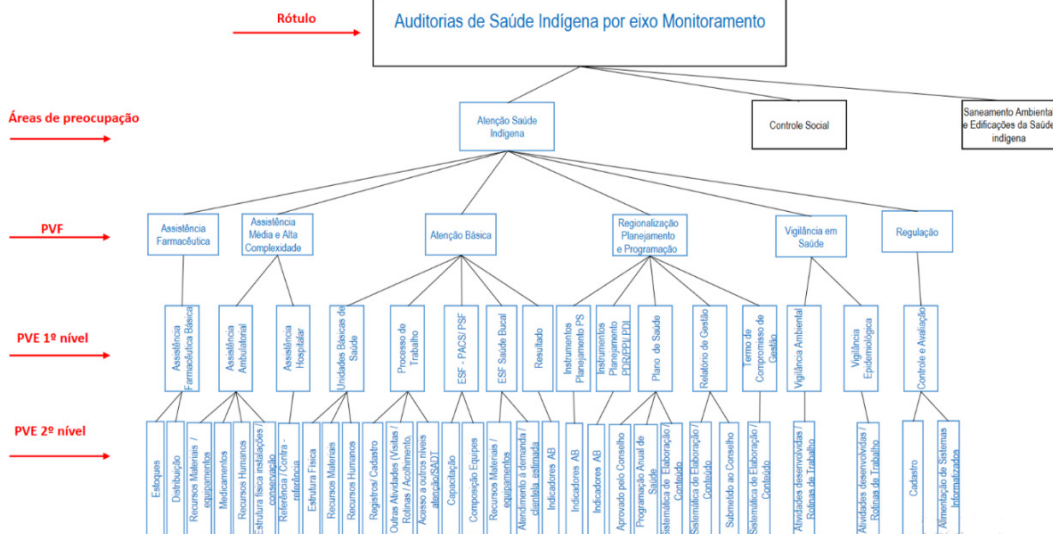
Figura 10 - Estrutura Hierárquica de Valor - Rótulo, Áreas de Preocupação e PVF



Fonte: Elaboração própria (2023).

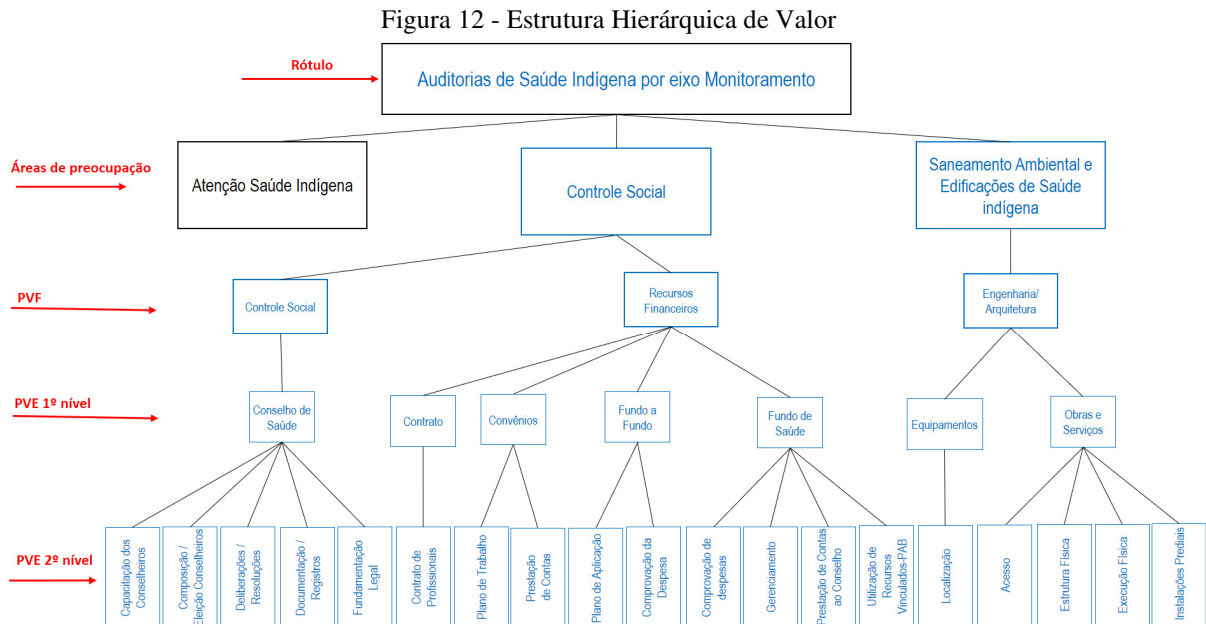
A Figura 11 registra corte da EHV descrevendo a Área de preocupação Atenção à Saúde Indígena:

Figura 11 - Estrutura Hierárquica de Valor - Área de preocupação: Atenção à Saúde Indígena



Fonte: Elaboração própria (2023).

A Figura 12 apresenta corte da EHV contendo as Áreas de preocupação Controle Social; e Saneamento Ambiental e Edificações em Saúde Indígena:



Fonte: Elaboração própria (2023).

O Apêndice C, demonstra a Estrutura Hierárquica de Valor completa.

2.2.4.1.3 Descritores

A partir dos Pontos de Vista Elementares foram construídos Descritores. Eles demonstram o que o Decisor considera relevante para cada critério analisado, ou seja, para cada item auditado.

Para a construção dos Descritores foi realizada a simulação para arbitrar o desempenho com RS em 5% e com RI em 20%, no entanto, ao ser testado no modelo geral não foram evidenciadas as discrepâncias. Assim, optou-se por utilizar a média das constatações e o desvio padrão, construindo-se um modelo que se mostrou útil para auxiliar Auditorias de Saúde Indígena por eixo de Monitoramento, dessa forma os gestores preferiram utilizar RS 1% e um RI de 3,5%.

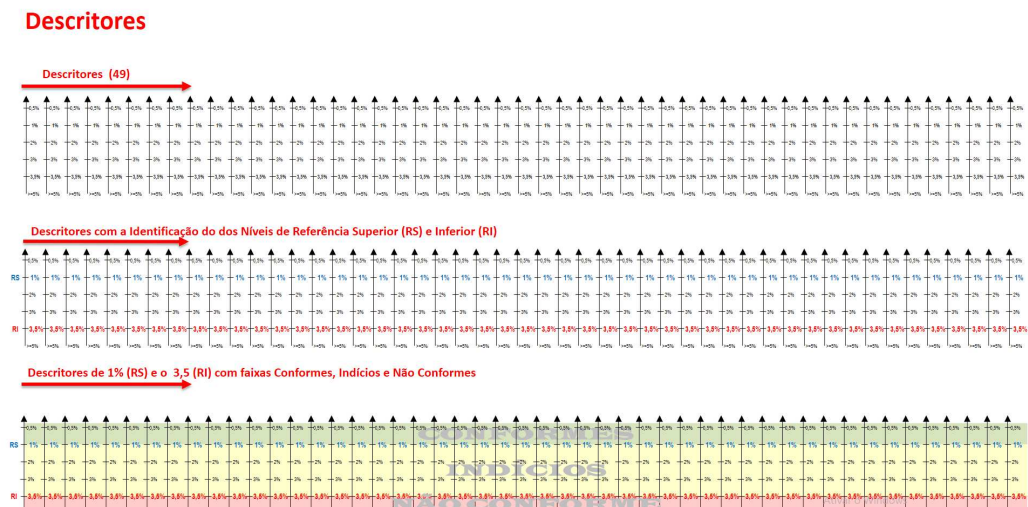
O Apêndice D apresenta tabela completa da construção dos descritores.

Para o presente estudo adotou-se a divisão em 3 (três) níveis de referência: Conformes (verde - superior) – versa sobre a conformidade do item auditado, como nível de desempenho

considerado o mais elevado; Indícios (amarelo - intermediário) – aborda o cenário de desempenho intermediário; Não conforme (vermelho - inferior) – ilustra a não conformidade do item auditado, comprometedor para a execução da política, esta referência indica que naquele item auditado a ação da política não está tendo o objetivo alcançado.

Na Figura 13 é possível visualizar os descritores; descritores com a identificação dos níveis de RS de 1% e de RI de 3,5%; bem como com faixas “conformes”, “indícios” e “não conformes”.

Figura 13 - Descritores e Níveis de Referência



Fonte: Elaboração própria (2023).

Imediatamente após a construção dos descritores, ocorre a Análise de Independência que examina se todos os critérios são preferencialmente independentes ordinalmente e cardinalmente. No estudo, esta análise não foi requerida uma vez que os processos de auditorias são regulamentados não necessitando de avaliação e consideração da dependência das medidas.

2.2.4.2 Fase de Avaliação

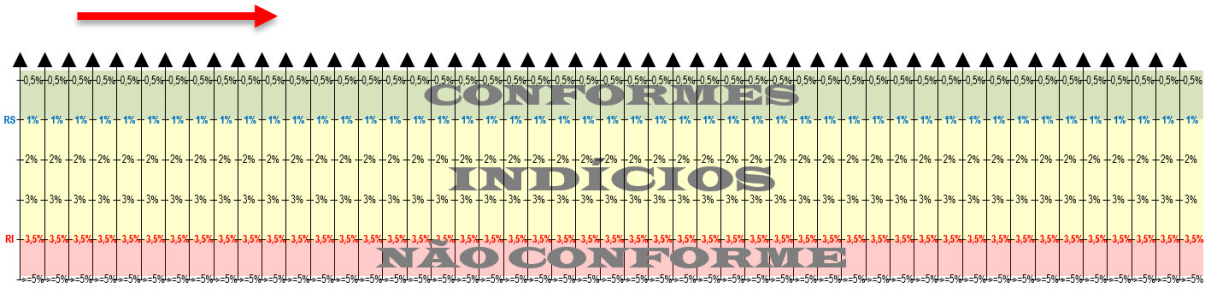
A **segunda fase da MCDA-C** é a fase de Avaliação que busca a integração total do modelo desenvolvido.

O processo de conversão ou transformação da escala ordinal (descriptor) para escala cardinal (escala de intervalo), denomina-se **função de valor**. Para fins acadêmicos utilizou-se escala de intervalo linear para resguardar a estratégia do órgão, porém, ela pode ser ajustada para aplicação, conforme o juízo de valor do Decisor.

A primeira etapa consistiu em atribuir para o RS 1% o valor de 100 pontos e para o RI de 3,5% o valor 0 pontos, conforme se vê na Figura 14.

Figura 14 - Descritores RS e RI

Descritores de 1% (RS) e o 3,5 (RI) com faixas Conformes, Índicios e Não Conformes



Fonte: Elaboração própria (2023).

A Tabela 10 apresenta as escalas ordinais com as respectivas escalas cardinais.

Tabela 10 - Escalas ordinais e escalas cardinais

(continua)

PONTOS DE VISTAS / FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO				Referência Superior	Referência Inferior	Pontuação Superior	Pontuação Inferior	
EIXOS	PVFS	PVE 1	PVE 2					
Atenção à Saúde Indígena	Assistência Farmacêutica	Assistência Farmacêutica Básica	Armazenamento/Controle de estoques/Validade	1%	3,5%	100	0	
			Distribuição	1%	3,5%	100	0	
	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Ambulatorial	Recursos Materiais/equipamentos	1%	3,5%	100	0	
			Medicamentos	1%	3,5%	100	0	
Atenção à Saúde Indígena		Assistência Hospitalar	Estrutura física instalações/conservação	1%	3,5%	100	0	
			Recursos Humanos	1%	3,5%	100	0	
	Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Referência / Contra-referência	1%	3,5%	100	0	
			Estrutura Física	1%	3,5%	100	0	
		Processo de Trabalho	Recursos Materiais	1%	3,5%	100	0	
			Recursos Humanos	1%	3,5%	100	0	
			Registros/Cadastro	1%	3,5%	100	0	
			Outras Atividades (Visitas/Rotinas/ Acolhimento)	1%	3,5%	100	0	
		ESF - PACS/PSF	Acesso a outros níveis atenção/SADT	1%	3,5%	100	0	
			Capacitação	1%	3,5%	100	0	
			ESF Saúde Bucal	Composição Equipes	1%	3,5%	100	0
				Recursos Materiais/equipamentos	1%	3,5%	100	0
	Regionalização, Planejamento e Programação	Resultado	Indicadores AB	Atendimento à demanda/clientela estimada	1%	3,5%	100	0
					1%	3,5%	100	0
		Instrumentos de Planejamento PS	Sistemática de Elaboração/Conteúdo		1%	3,5%	100	0
					1%	3,5%	100	0
		Plano de Saúde	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	Aprovado pelo Conselho	1%	3,5%	100	0
				Programação Anual de Saúde	1%	3,5%	100	0
					1%	3,5%	100	0
					1%	3,5%	100	0
Relatório de Gestão	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	Submetido ao Conselho	1%	3,5%	100	0		
			1%	3,5%	100	0		
Vigilância em Saúde	Vigilância Ambiental	Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho	1%	3,5%	100	0		
	Vigilância Epidemiológica	Alimentação Sistemas	1%	3,5%	100	0		
Regulação	Controle e Avaliação	Cadastro	1%	3,5%	100	0		
		Alimentação de Sistemas Informatizados	1%	3,5%	100	0		

(conclusão)

PONTOS DE VISTAS / FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO				Referência Superior	Referência Inferior	Pontuação Superior	Pontuação Inferior	
EIXOS	PVFS	PVE 1	PVE 2					
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Capacitação dos Conselheiros	1%	3,5%	100	0	
			Composição/Eleição Conselheiros	1%	3,5%	100	0	
			Deliberações/Resoluções	1%	3,5%	100	0	
			Documentação/Registros	1%	3,5%	100	0	
			Fundamentação Legal	1%	3,5%	100	0	
	Recursos Financeiros	Contrato	Contrato de Profissionais		1%	3,5%	100	0
				Plano de Trabalho	1%	3,5%	100	0
		Convênios	Prestação de Contas		1%	3,5%	100	0
				Plano de Aplicação	1%	3,5%	100	0
		Fundo a Fundo	Comprovação da Despesa		1%	3,5%	100	0
				Comprovação de despesas	1%	3,5%	100	0
				Gerenciamento	1%	3,5%	100	0
				Prestação de Contas ao Conselho	1%	3,5%	100	0
				Utilização de Recursos Vinculados-PAB	1%	3,5%	100	0
Fundo de Saúde	Localização		1%	3,5%	100	0		
		Acesso	1%	3,5%	100	0		
		Estrutura Física	1%	3,5%	100	0		
		Execução Física	1%	3,5%	100	0		
		Instalações Prediais	1%	3,5%	100	0		
Saneamento Ambiental e Edificações da	Engenharia/Arquitetura	Equipamentos		1%	3,5%	100	0	
				1%	3,5%	100	0	
		Obras e Serviços		1%	3,5%	100	0	
				1%	3,5%	100	0	
				1%	3,5%	100	0	

Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto se tem um descritor (escala ordinal) associado a uma função de valor (escala cardinal ou de intervalo), têm-se um critério de mensuração.

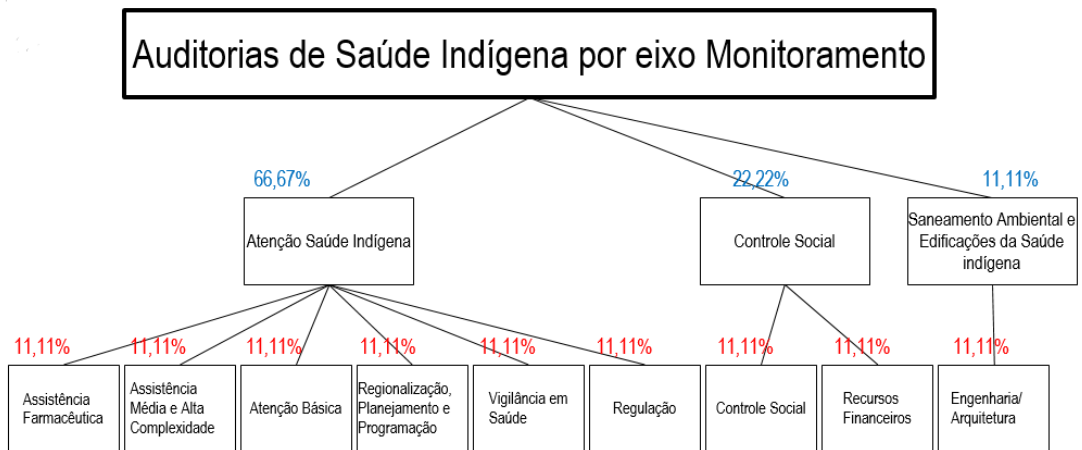
Uma vez definido um descritor para cada Ponto de Vista Fundamental, é necessário julgar o quanto a performance de uma ação é atrativa. Define-se assim uma função de valor associada ao descritor, portanto, um critério de mensuração, conforme Ensslin 2001 p.14.

O processo de definição das taxas de compensação ou substituição consiste em identificar a contribuição dos pontos de vistas (fundamentais e elementares) em relação aos níveis de Referências Superior (RS) e o Inferior (RI). Para fins acadêmicos foram utilizadas taxas de compensação linear para preservar as estratégias do órgão, o que pode ser adequado para a utilização do Decisor, conforme seu juízo de valor.

Silveira e Petri (2019) descrevem que as taxas de compensação são determinadas para representar o peso que cada indicador representa em relação ao respectivo objetivo, ou seja, a sua contribuição global no contexto, demonstrando assim, quanto cada objetivo contribui em relação à respectiva perspectiva, sendo possível elaborar a pontuação para o modelo global.

A Figura 15 apresenta as taxas de compensação dos PVFs por eixo de controle interno monitoramento, objeto do estudo.

Figura 15 - Taxas de Compensação



Fonte: Elaboração própria (2023).

As taxas de compensação do modelo completo compõem o Apêndice E.

O modelo de avaliação está finalizado após a aplicação das taxas de compensação, após esta tarefa é necessário realizar a avaliação global do modelo.

Para o processo de mensuração do modelo global, por meio da fórmula de agregação aditiva, é necessário identificar o nível de desempenho no descritor, interpolar com base na RS e RI para encontrar a Função de Valor e em seguida multiplicar pela taxa de compensação, dessa forma identifica-se a contribuição local e fazendo a aglutinação para os níveis superiores chega-se até quanto é a contribuição para Auditoria de Saúde Indígena por Eixo de Monitoramento.

Conforme ensina Ensslin (2001), o valor global de uma ação é calculado por meio da fórmula de agregação aditiva descrita na Figura 16, dada pela equação: $V(a) = w_1.v_1(a) + w_2.v_2(a) + w_3.v_3(a) + \dots + w_n.v_n(a)$.

Figura 16 - Fórmula de agregação aditiva para o cálculo do desempenho global

$$V(a) = \sum_{i=1}^n w_i \cdot v_i(a)$$

onde:

$V(a)$ → Valor Global da ação a .

$v_1(a), v_2(a), \dots, v_n(a)$ → Valor parcial da ação a nos critérios 1, 2, ..., n .

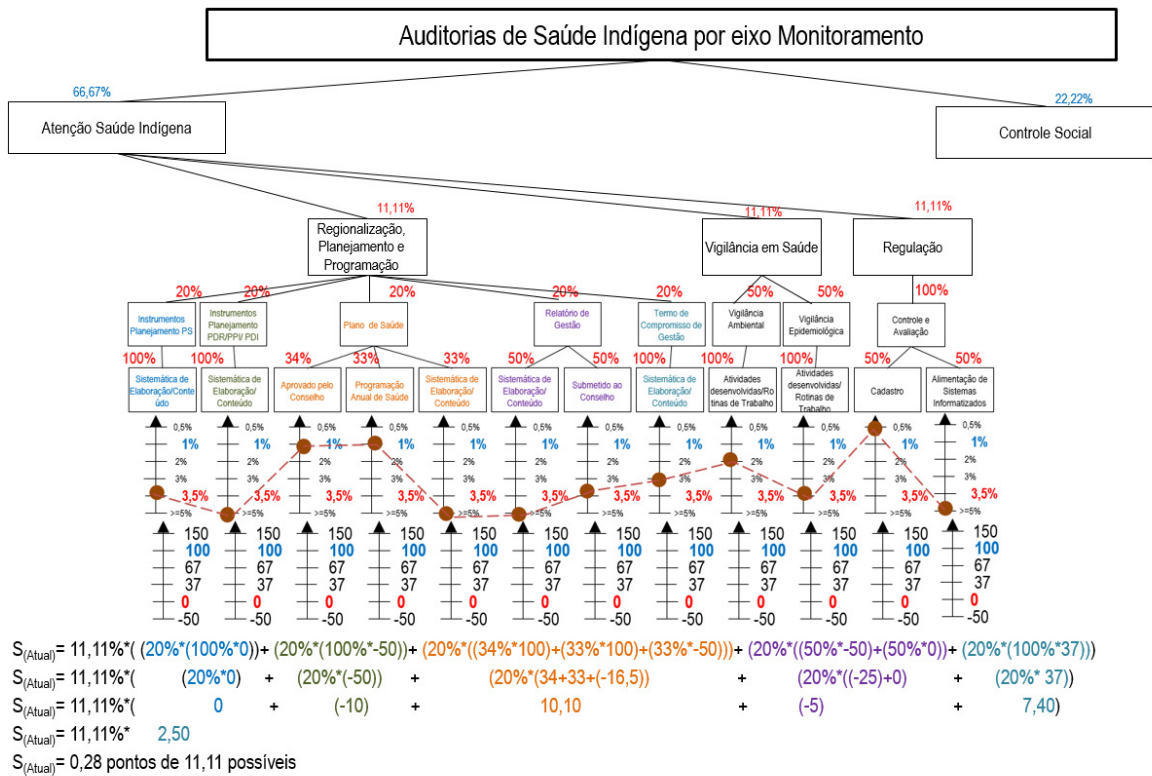
w_1, w_2, \dots, w_n → Taxas de Substituição dos critérios 1, 2, ..., n .

n → número de critérios do modelo.

Fonte: (Ensslin et. al. 2001)

A Figura 17 demonstra a aplicação da **Equação do Modelo Geral** para o PVF – Atenção à Saúde Indígena, PVE 2ª linha Regionalização, Planejamento e Programação; Vigilância em Saúde; e Regulação.

Figura 17 – Demonstrativo da aplicação de Equação do Modelo Geral para o PVF Atenção à Saúde Indígena



Fonte: Elaboração própria (2023).

Na tarefa final da fase de avaliação ocorre a definição do modelo global, ou seja, do desempenho geral na situação atual (*Status quo* - SQ). Esse processo envolve a elaboração do perfil de impacto, conforme descrito por Ensslin, Montibeller e Noronha (2001) e Ensslin et al. (2022), fundamentado nas taxas de substituição.

A Tabela nº 11 registra a lista do Modelo Geral construído para as 18 auditorias de saúde indígena com a finalidade verificação de recomendações de auditorias já realizadas, indicando os respectivos Apêndices.

Tabela 11 – Modelos Geral (Global) das auditorias de verificação

Modelo Geral (Global)	Apêndices
Por itens de auditoria e eixos de monitoramento (Tabela e gráfico)	F
Por PVFs de auditorias e eixos de monitoramento (Tabela e gráfico)	G
Por PVE de 1ª Linha de auditorias e eixos de monitoramento (Tabela)	H
Por PVE de 1ª Linha de auditorias e eixos de monitoramento (Gráfico)	I
Por PVE de 2ª Linha de auditorias e eixos de monitoramento (Tabela)	J
Por PVE de 2ª Linha de auditorias e eixos de monitoramento (Gráfico)	K

Fonte: Elaboração própria (2023).

A análise de sensibilidade, dentro da abordagem MCDA-C, é um componente que permite avaliar a robustez e a estabilidade das decisões tomadas diante de variações nos critérios, pesos ou valores atribuídos. Essa análise visa compreender como pequenas alterações nas entradas do modelo de decisão podem impactar as saídas ou recomendações finais. Ao

realizar a análise de sensibilidade, os decisores podem identificar quais critérios têm maior influência nas decisões e verificar a consistência e a confiabilidade dos resultados obtidos. Isso oferece uma visão mais abrangente e sólida, permitindo ajustes ou refinamentos nos critérios ou pesos atribuídos, garantindo uma tomada de decisão mais robusta e alinhada com as necessidades e contextos específicos (Goodwin e Wright, 1991; Ensslin, 2001, p. 270).

Neste trabalho a análise de sensibilidade não foi requerida, uma vez que os descritores, as funções de valor e as taxas de compensação são lineares, desta forma não tem como ser verificado se o modelo é sensível ou robusto, devido à ausência de juízos de valor.

2.2.4.3 Fase de Elaboração de Recomendações

A última etapa da MCDA-C é a fase de formulação das recomendações, cujo teor possibilita ao Decisor identificar oportunidades de melhoria e adotar ações de aperfeiçoamento, mediante análise prévia de custo benefício.

A fase das recomendações procura oferecer condições para que o Decisor aperfeiçoe as alternativas individualmente ou em conjunto, optando por aquelas que melhor se adequem à sua decisão ou à organização (ENSSLIN et al., 2008).

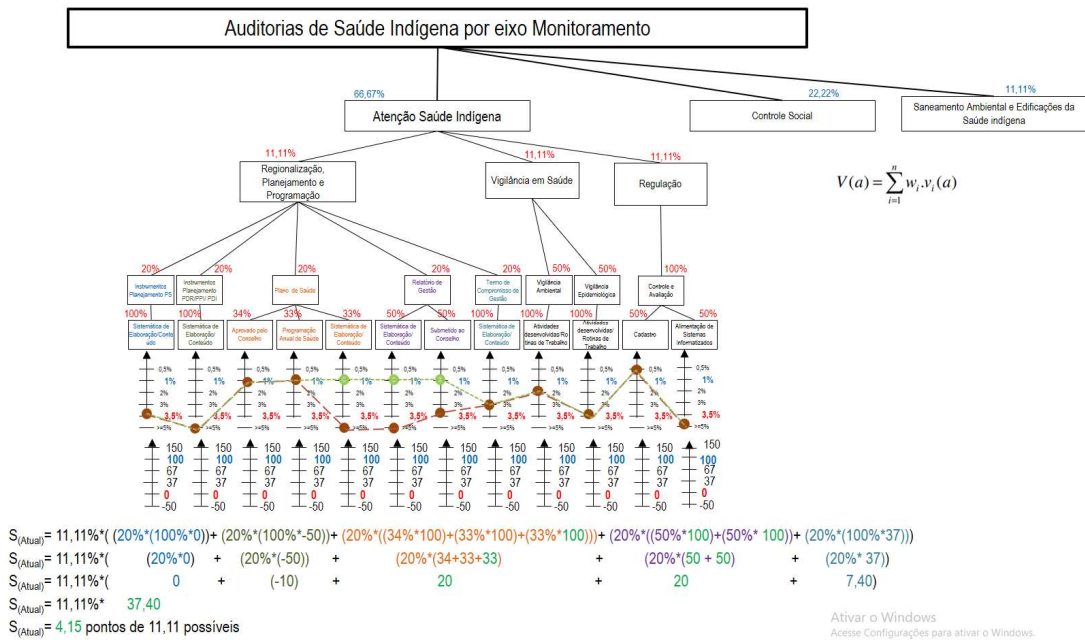
A fase de Recomendações na avaliação do modelo demonstra ações destinadas a aprimorar o desempenho atual e as implicações das decisões tomadas, tanto em uma avaliação geral quanto em cada nível de desempenho isoladamente (Ensslin et al., 2013). Seu propósito é assessorar o tomador de decisões, auxiliando-o na identificação de estratégias para melhorar o desempenho do objeto em avaliação e compreender as consequências dessas ações em relação aos objetivos estratégicos, caso sejam implementadas. Esta etapa não tem um viés prescritivo para ditar o que deve ser feito, mas sim um papel de suporte, colaborando na construção de ações e na compreensão de suas implicações

A responsabilidade pela implementação das Recomendações e o seu monitoramento, bem como o prazo para o atendimento pode ser definido pelo Decisor, no momento em que tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa e optar por utilizar o modelo proposto. As recomendações elaboradas neste trabalho embasaram-se nos 9 PVFs, agregando os PVE de 1ª e 2ª linhas.

As recomendações de um modelo, as ações de aperfeiçoamento, as oportunidades de melhoria, e as iniciativas, são formas de utilizar o modelo desenvolvido na gestão das Auditorias de Saúde Indígena por eixo de Monitoramento.

Com base no Modelo Geral, foi simulada uma ação de aperfeiçoamento quanto ao plano de saúde e ao relatório de gestão, de forma que esses instrumentos sejam sistematizados tanto em relação a sua elaboração quanto ao conteúdo. Isso possibilita que, ao serem submetidos aos conselho de saúde, esses instrumentos sejam mais objetivos e tenham melhor compreensão, de forma que o desempenho passe para os níveis de Referência Superior, indo de 0,28 pontos para 4,15 pontos. A Figura 18 representa a simulação:

Figura 18 - Modelo Geral (Global) simulação área de preocupação Atenção à Saúde Indígena



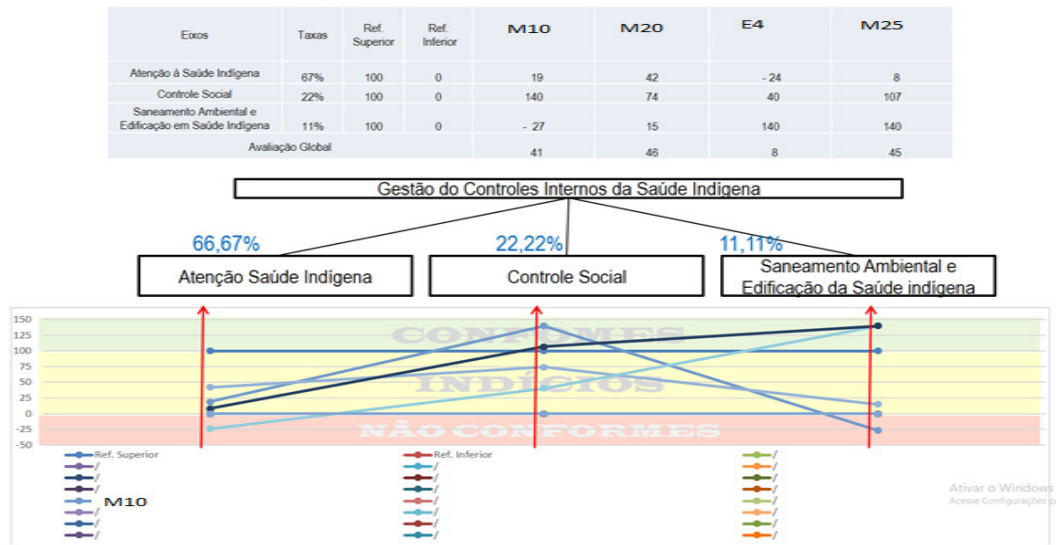
Fonte: Elaboração própria (2023).

Para a elaboração das Recomendações aplicou-se o Modelo Geral (Global) em quatro entidades auditadas selecionadas entre as 18 auditorias de saúde indígena com a finalidade verificação de recomendações de auditorias já realizadas.

Visando preservar a identidade das entidades selecionadas, seguindo o que determinam a LGPD, a LAI e a Lei nº 10.180/2001 (parágrafo 3º, do art. 26) e a Lei nº 12.527/2011 (inciso VII, do art. 23), foi adotado um sistema de códigos. A primeira letra refere-se a natureza do ente federativo, onde “M” foi utilizada para município e “E” para estado. Posteriormente foi atribuído um número, gerado a partir da tabulação dos dados. Portanto onde lê-se “M1” trata-se de dados de auditoria de uma entidade localizada em um município, e na tabela gerada, sua resposta é a de posição número 1.

A Figura 19 ilustra o Modelo Geral (Global) construído a partir dos itens auditados nas 4 entidades auditadas selecionadas entre as auditorias de saúde indígena com a finalidade verificação de recomendações de auditorias já realizadas.

Figura 19 - Modelo Geral (Global) – Itens auditados por eixo de monitoramento e entidades auditadas



Fonte: Elaboração própria (2023).

A Tabela nº 12 registra a lista do Modelo Geral construído relativo às 4 entidades auditadas selecionadas entre as auditorias de saúde indígena com a finalidade verificação de recomendações de auditorias já realizadas, indicando os Apêndices respectivos.

Tabela 12 – Modelo Geral (Global) por entidade auditada

Modelo Geral (Global)	Apêndices
Por PVFs de auditoria e eixo de monitoramento (Tabela e gráfico)	L
Por PVE de 1ª linha - auditoria e eixo de monitoramento (Tabela)	M
Por PVE de 1ª linha - auditoria e eixo de monitoramento (Gráfico)	N
Por PVE de 2ª linha - auditoria e eixo de monitoramento (Tabela)	O

Fonte: Elaboração própria (2023).

Para definir as ações de melhoria, são considerados parâmetros fundamentais, quais sejam: descritores cuja intervenção tragam maior contribuição para o desempenho global do modelo; descritores com perfil de desempenho em nível de comprometimento ou descritores que englobam ambas as situações.

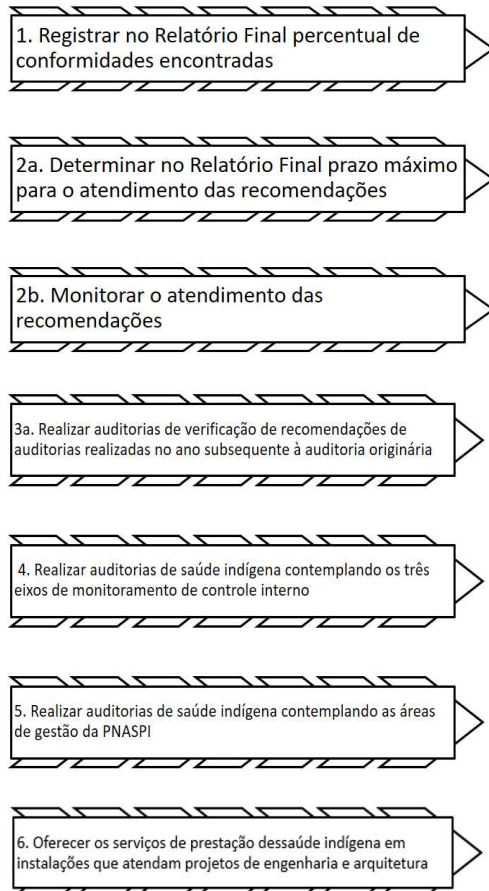
O objetivo é reposicionar o item auditado que anteriormente era avaliado como “não-conforme” (faixa vermelha - Referência Inferior) para item “conforme”, (faixa verde – Referência Superior), ou no mínimo item com “indício” de melhoria (faixa amarela - intermediário), ou seja, sendo abordado sob a ótica de oportunidades de melhoria.

Considerando ser a PNASPI uma política pública nos termos da lei, todos os indicadores relacionam-se diretamente às normas vigentes, tendo como premissa a CF 88, a Lei nº 8080/1990, a Lei nº 8142/1990, a Portaria nº 254/GM/2002 da PNASPI, demais leis, decretos, portarias e legislação em vigor. Assim, o objetivo do reposicionamento é que todos os itens auditados obedeçam aos ditames da legislação em vigor, ou seja, alcancem como parâmetro a faixa verde – Referência Superior: “conforme”.

Uma vez que este estudo considerou que a posição do Decisor está registrada nos Relatórios de auditoria analisados, e que a conformidade é o parâmetro a ser alcançado em todos os itens auditados, para abordar possível melhoria é necessário que os itens não conformes atinjam a conformidade, ou seja, no mínimo 100 pontos.

A Figura 20 ilustra de forma sintética as recomendações elaboradas após a aplicação do modelo. O Apêndice P detalha as recomendações de 1 a 5 que foram elaboradas para aplicação nas áreas de preocupação: “Atenção Saúde Indígena”, “Controle Social”, e “Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas”; bem como a recomendação 6 que foi elaborada com base no PVF “Engenharia/Arquitetura”.

Figura 20 - Recomendações

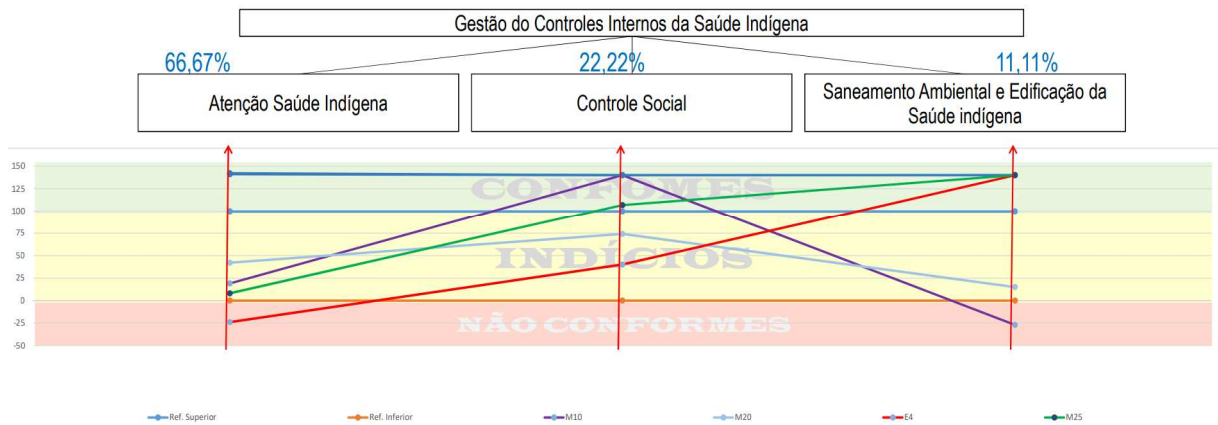


Fonte: Elaboração própria (2023).

Aplicadas as recomendações às entidades selecionadas, como simulação, pode-se perceber o impacto das ações sobre as áreas de preocupação, ou seja, sobre os eixos de monitoramento da política de saúde indígena. Os descritores com perfil de desempenho em nível de comprometimento ou descritores que englobavam ambas as situações, foram impactados de forma a reposicionar os itens auditados que anteriormente foram avaliados como “não-conforme” (faixa vermelha - Referência Inferior) para itens “conforme”, (faixa verde – Referência Superior), da seguinte forma: M10 que estava com 41 pontos passou para 127 pontos; M20 que estava com 46 pontos passou para 114 pontos; E4 que estava com 8 pontos passou para 100 pontos; M25 que estava com 45 pontos passou para 120 pontos.

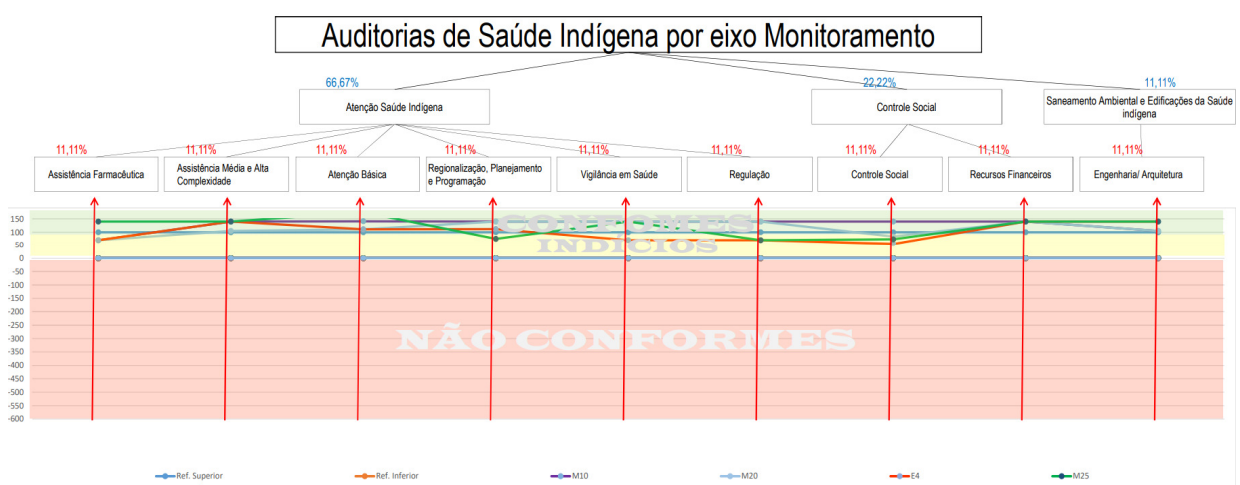
As Figuras 21 e 22 representam o *status quo* antes da aplicação das recomendações e após a aplicação, respectivamente:

Figura 21 – *Status Quo* antes da aplicação das recomendações



Fonte: Elaboração própria (2023).

Figura 22 - *Status Quo* após a aplicação das recomendações



Fonte: Elaboração própria (2023).

2.2.5 Conclusões

Quanto ao problema de pesquisa foi construído um modelo, com base na Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C), usando como referência auditorias de verificação de recomendações de auditorias realizadas na política de saúde indígena, executadas pelo órgão federal do SUS. O modelo permitiu a visualização concreta de questões que podem levar ao aperfeiçoamento, à melhoria dos resultados, e ao acompanhamento, ao monitoramento e à mitigação de possíveis deficiências, durante a execução dessa política de saúde.

Foi possível verificar que o órgão federal do SUS não realiza o monitoramento sistemático das recomendações emitidas nas auditorias, bem como não há mensuração dos resultados e da efetividade dos trabalhos de auditoria.

O modelo foi elaborado considerando os valores e as preferências de um Decisor específico, no caso o órgão de auditoria federal do SUS, possuindo natureza personalizada, para aplicação no contexto daquele órgão e do Decisor que fizer uso dele. Não sendo recomendável a utilização em diferentes contextos.

Com relação aos objetivos de pesquisa foi possível estruturar, as múltiplas variáveis que abarcam as auditorias de verificação de recomendações de auditorias de saúde indígena realizadas, julgadas relevantes pelo Decisor, e indicar oportunidades de aperfeiçoamento no planejamento nessas auditorias.

Quanto às limitações da pesquisa houve dificuldade de acesso aos dados de auditoria, uma vez que os relatórios conclusivos que eram de acesso público em sítio eletrônico (<https://consultaauditoria.saude.gov.br>) foram retirados do ar para adequação à Lei de Acesso à Informação (LAI), a questão que foi resolvida por meio da liberação de senha de acesso direto ao Sistema SISAUD. Na extração dos dados foram identificadas disparidades no preenchimento de alguns campos do Sistema, como por exemplo: campos vazios, com informações inadequadas para o local preenchido ou o uso de abreviaturas e siglas não utilizadas pelo Ministério da Saúde. Para superar estas questões, realizou-se análise comparativa entre os relatórios emitidos e a contextualiza dos itens lançados no sistema durante a revisão dos relatórios finais.

A pesquisa utilizou apenas a Análise de conteúdo e a pesquisa documental como técnicas de realização do estudo, e por último, por ser um trabalho para aplicação no contexto analisado, a pesquisa não pode ser aplicada para outra situação, mesmo que similar, uma vez que cada modelo resulta de um estudo direcionado a cada caso.

Para futuras pesquisas relativas a itens auditados nas auditorias de saúde indígena, realizadas pelo órgão federal de auditoria, no período de 2015 a 2019, sugere-se:

- (i) Ampliar o estudo em relação àquelas com finalidades diversas associando-as ao procedimento de monitoramento realizado pelo controle interno da política, de forma que seja possível comparação de dados; e
- (ii) Verificar a relação dos itens auditados aos demais procedimentos relativos às ações complementar, por meio de convênios, realizado pelo controle interno, especialmente aqueles focados na avaliação da execução da política.

3 CONCLUSÃO FINAL

Este trabalho propõe um modelo de avaliação de desempenho para apoiar o planejamento de auditorias de saúde indígena, utilizando a Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C), com o objetivo de identificar oportunidades para aprimorar o processo de planejamento dessas ações de controle.

Para tanto, foram realizados dois estudos distintos, mas complementares, que deram origem a dois artigos, cujas questões problema se relacionaram intrinsicamente.

O primeiro artigo identificou as auditorias de saúde indígena realizadas pelo órgão federal do SUS, no período de 2015 a 2019, verificando que os itens de auditoria convergem com o processo de controle interno para o monitoramento da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas por meio de convênios, favorecendo o monitoramento dessa política. Para tanto, levantou-se os itens auditados, associando-os ao processo de controle interno e foram identificadas as recomendações de auditorias emitidas nessas auditorias.

Desta forma, foi constatado que foram realizadas 52 auditorias de saúde indígena, com diferentes finalidades, no período delimitado para o estudo. Delas resultaram 1505 itens auditados, todos associáveis aos eixos de monitoramento do controle interno: I Atenção à Saúde Indígena; II Saneamento Ambiental e/ou III Edificações de Saúde Indígena; ou IV Controle Social; bem como foram emitidas 1106 recomendações aos atores interessados.

Dando continuidade ao trabalho, o segundo artigo desenhou um modelo que representa o *status quo* das auditorias realizadas e adotadas pelo órgão federal do SUS nas auditorias de verificação de recomendações de auditorias anteriormente realizadas nas ações de saúde indígena, e em seguida, propôs intervenções para o aperfeiçoamento do modelo, a melhoria dos

resultados, o monitoramento e a mitigação das deficiências encontradas.

Com esse estudo, utilizando-se a Metodologia Multicritério em Apoio à Decisão, Construtivista (MCDA-C), foi possível estruturar as múltiplas variáveis que abarcam as auditorias de verificação de recomendações de auditorias de saúde indígena realizadas, fazendo recomendações para o aperfeiçoamento no planejamento das auditorias de saúde indígena.

Fruto disso, a partir de 18 auditorias com finalidade de verificação de recomendações de outras auditorias realizadas, foi construído um modelo composto por três grandes Áreas de Preocupação, embasadas em eixos de monitoramento do controle interno; nove PVFs; vinte e três PVEs de 1ª linha; quarenta e nove PVEs de 2ª linha; e quarenta e nove descritores.

Ao final, o trabalho evidenciou que a auditoria e o controle interno são ações que colaboram com o monitoramento da política de saúde, e que é possível aprimorar o planejamento das auditorias em saúde indígena, sendo respondidas as questões da pesquisa e alcançados todos os objetivos propostos.

Para trabalhos futuros, no que diz respeito às auditorias de saúde indígena, sugere-se ampliar o estudo em relação àquelas com finalidades diversas associando-as ao procedimento de monitoramento realizado pelo controle interno da política, de forma que seja possível comparação de dados; expandir a investigação sobre os itens auditados, associando-os aos processos de controle interno "acompanhamento" e "avaliação" relacionados à implementação de ações complementares, via convênios; e realizar pesquisa sobre os itens auditados pelos órgãos estaduais e municipais do SNA, comparando-os aos itens auditados pela esfera federal.

Por último, o resultado da aplicação da MCDA-C pode ser objeto de estudos posteriores, uma vez que a abordagem construtivista defende que o conhecimento se dá de forma gradual e contínua.

REFERÊNCIAS

AHMADPOUR, B., TURRINI, R. N. T., & CAMARGO-PLAZAS, P. (2023). Resolutividade no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS): análise em um serviço de referência no Amazonas, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, **28(6)**, 1757–1766. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023286.13672022>. Acesso em: 30 jul. 2023.

ALMEIDA, L. A.; GOMES, R. C. Processo das políticas públicas: revisão de literatura, reflexões teóricas e apontamentos para futuras pesquisas. **Cadernos Ebape**. br, v. 16, p. 444-455, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/fBpmPq6Cyg795pzdMMLNmdQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2022.

ALVES, M. B. M.; ARRUDA, S. M. **Como fazer referências**: bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documento. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Biblioteca Universitária, c2001. Disponível em: <http://www.bu.ufsc.br/design/framerefer.php>. Acesso em: 11 abr. 2013.

ANDRADE, T. A. **Análise da implementação de recomendações em processos de auditoria operacional do TCU**. 2008. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/17976>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ANTONIOLLI, E.; CRISTOFOLI, M. S.. A implementação do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) em municípios do norte do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Goiânia, v. 37, n. 3, p. 1346-1369, set. 2021. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2447-41932021000301346&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 06 jul. 2023

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação de políticas públicas. **Terceiro Milênio: Revista Crítica de Sociologia e Política**, v. 1, n. 1, p. 126-133, 2013. Disponível em: <https://revistaterceiromilenio.uenf.br/index.php/rtm/article/view/64/113>. Acesso em: 28 fev. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6024**: informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação. Rio de Janeiro, 2012.

ATTIE, W. **Auditoria Interna**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

ATTIE, W. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 7. ed. – São Paulo: Atlas, 2018. Disponível em: https://www.academia.edu/44691928/Auditoria_7a_edic_a_o_William_Attie Acesso em 06 mai. 2022.

AZEVEDO, R. C.; ENSSLIN, L.; de OLIVEIRA LACERDA, R. T.; FRANÇA, L. A.;

GONZÁLEZ, C. J. I.; JUNGLES, A. E.; ENSSLIN, S. R. **Avaliação de desempenho do processo de orçamento:** estudo de caso em uma obra de construção civil. *Ambiente Construído*, 11(1), 85-104, 2011. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/ambienteconstruido/article/view/17614/11250>. Acesso em: 24 fev. 2022.

BARCELLOS, V. F.; SANTOS, L. C. **Auditoria em saúde:** uma ferramenta de gestão. 2009. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/jspui/handle/2011/29978>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas: guia prático de análise ex ante, volume 1** / Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília: Ipea, 2018. v. 1 (192 p.): il., gráfs., mapa color. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/153743_analise-ex-ante_web_novo.pdf/view Acesso em: 17 abr.2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: 1988. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 10 dez. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. **Instrução Normativa nº 3, de 9 de junho de 2017.** Aprova o Referencial Técnico da Atividade de Auditoria Interna Governamental do Poder Executivo Federal. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União/Secretaria Federal de Controle Interno. Brasília, 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19111706/do1-2017-06-12-instrucao-normativa-n-3-de-9-de-junho-de-2017-19111304. Acesso: 18 abr. 2021.

BRASIL. **Lei 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: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Brasília: Presidência da República, 1990. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. **Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010.** Altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de

1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei nº 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.249, de 13 de janeiro de 2016.** Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2016 a 2019. Brasília: Presidência da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13249.htm. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. **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: Presidência da República, 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm. Acesso em: 6 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 254/GM, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Vamos conversar sobre auditoria do SUS?** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/vamos_conversar_sobre_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 7 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano Plurianual 2016-2019.** Brasília, 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/arquivos/planejamento/arquivos-e-imagens/secretarias/arquivo/spi-1/ppa-2016-2019/ppa-2016-2019-ascom-3-1.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 69, de 25 de outubro de 2018.** Dispõe sobre os procedimentos de acompanhamento, monitoramento e avaliação da execução de ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas, por meio de convênios, no âmbito da Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde - SESAI/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/47325652/do1-2018-10-26-portaria-n-69-de-25-de-outubro-de-2018-47325599. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Acórdão 2.608/2018**. Plenário. Relator: Benjamin Zymler. Sessão de 14/11/2018. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/resultado/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A2608%2520ANOACORDAO%253A2018%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/%2520. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Acórdão 599/2020**. Plenário. Relator: Benjamin Zymler. Sessão de 18/03/2020. Disponível em: https://pesquisa.apps.tcu.gov.br/#/documento/acordao-completo/*/NUMACORDAO%253A599%2520ANOACORDAO%253A2020%2520COLEGIADO%253A%2522Plen%25C3%25A1rio%2522/DTRELEVANCIA%2520desc%252C%2520NUMACORDAOINT%2520desc/0/%2520. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Auditoria operacional na governança das contratações voltadas à política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: TCU, 2020a. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/5E/F6/00/AA/1E6F571023455957E18818A8/Auditoria_operacional_governanca_contratacoes_politica_nacional_atencao_saude_povos_indigenas.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **ISSAI 100: Princípios fundamentais de auditoria do setor público (INTOSAI 100)**. Brasília, 2017. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/80/04/47/3A/C1DEF610F5680BF6F18818A8/ISSAI_100_principios_fundamentais_auditoria_setor_publico.pdf. Acesso em: 8 nov. 2021.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). Problemas na governança e na gestão da política de saúde dos povos indígenas. **Brasília: TCU, SECOM, 2020c**. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/problemas-na-governanca-e-na-gestao-da-politica-de-saude-dos-povos-indigenas.htm>. Acesso em: 17 dez. 2021.

BRASIL; TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO (TCU). **Referencial de controle de políticas públicas**. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo do Desenvolvimento Econômico (SecexDesenvolvimento), Secretaria de Métodos e Suporte ao Controle Externo (Semec) e Secretaria de Macroavaliação Governamental (Semag), 2020b. 150 p. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/EF/22/A4/9A/235EC710D79E7EB7F18818A8/1_Referencial_controle_politicas_publicas.pdf. Acesso em: 17 dez. 2021.

CADEDI, M. S. **Governança metropolitana para a prestação regionalizada de serviços de saneamento básico: o caso da RMRJ**. 2022. Tese de Doutorado.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/t39W4PnHZCxWnYCbZyyk9Vc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 fev. 2022.

CASTRO, C. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.
CGU. **Relatório de Avaliação - Secretaria Especial de Saúde Indígena - Sesai - Ministério da Saúde Exercício 2019**, Ordem de Serviço: 201900579, Controladoria Geral da União, 2019. Disponível em:

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:P3jXTYExzF0J:https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/892985+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Consulta em 22 mai. 2023.

COELHO, G. N.; ENSSLIN, S. R.; PETRI, S. M. Construção de uma ferramenta de apoio na gestão da transparência e acessibilidade da informação usando a abordagem MCDA-C. **Revista UNEMAT de Contabilidade**, Mato Grosso, v. 10, n. 19, p. 109-129, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/ruc/article/view/4257/4432>. Consulta em 22 mai. 2023.

COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS E MINORIAS. DENÚNCIAS indicam que atendimento à saúde indígena no Amapá requer melhorias. **Portal da Câmara dos Deputados**, 2014. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/noticias/denuncias-mostram-que-atendimento-a-saude-indigena-no-amapa-requer-melhorias>. Acesso em: 27 dez. 2021.

COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATIONS OF THE TREADWAY COMMISSION - COSO. **Controle Interno – Estrutura Integrada**: Sumário Executivo, tradução livre por PricewaterhouseCoopers. Brasil, maio de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE (CFC). **Norma Brasileira de Contabilidade, NBC TA 315 (R2), de 19 de agosto de 2021**. Dá nova redação à NBC TA 315 (R1), que dispõe sobre a identificação e a avaliação dos riscos de distorção relevante por meio do entendimento da entidade e do seu ambiente. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/norma-brasileira-de-contabilidade-nbc-ta-315-r2-de-19-de-agosto-de-2021-342360150>. Acesso em: 14 dez. 2021.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. **Apib manifesta apoio à ocupação da Sesai e denuncia desmonte da Saúde Indígena**. CIMI, 11/07/2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/2019/07/apib-apoio-ocupacao-sesai-denuncia-desmonte-saude-indigena/>. Acesso em: 27 dez. 2021.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In **Caminhos para análise das políticas de saúde** / Ruben Araújo de Mattos, Tatiana Vargas de Faria Baptista, organizadores. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde) Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>. Acesso em: 27 fev. 2022.

ENSSLIN, L.; DUTRA, A.; ENSSLIN, S.R. **MCDA**: a Constructivist approach to the management of human resources at a governmental agency. *International Transactions in Operational Research*, 7, 79-100, 2000. Disponível em: <http://portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/EeN/article/view/6897>. Acesso em: 27 fev. 2022.

ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S.R. **Notas de aula da disciplina de Avaliação de Desempenho**. Florianópolis: Mimeo, 2003.

ENSSLIN, L.; GIFFHORN, E.; ENSSLIN, S. R.; PETRI, S. M.; VIANNA, W. B. Avaliação

do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão-constructivista. **Pesquisa Operacional**, 30(1), 125-152, 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250031668_Avaliacao_do_Desempenho_de_Empresas_Terceirizadas_com_o_Uso_da_Metodologia_Multicriterio_de_Apoio_a_Decisao_Construtivista. Acesso em: 23 fev. 2022.

ENSSLIN, L.; MONTIBELLER NETO, G.; NORONHA, S. M. **Apoio à decisão: metodologias para estruturação de problemas e avaliação multicritério de alternativas**. Florianópolis, Insular, 2001.

ENSSLIN, S. R.; CARVALHO, F. N.; GALLON, A. V.; ENSSLIN, L. **Uma Metodologia Multicritério (MCDA-C) para apoiar o gerenciamento do capital intelectual organizacional**. RAM Revista de Administração Mackenzie, 7, 136-163, Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistadeadministracaoMackenzie/2008/vol9/no7/6.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2022.

ESPÍNDOLA, G. M.; MAEYAMA, M. A. Ressignificação do planejamento em saúde: o planejamento estratégico situacional combinado com a implementação de sala de situação em saúde e política informada por evidências: Resignification of health planning: situational strategic planning combined with the implementation of a health situation room and evidence-informed policy. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 6, p. 25180-25198, 2022.

FALKEMBACH, F. R.; BENETTI, T.; SEIBERT, R. M.; BOFF, V. A. Finanças comportamentais: um estudo sobre os artigos publicados com base na teoria do prospecto / Behavioral finance: a study on articles published based on prospect theory. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 12, p. 97811–97822, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n12-320. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/21561>. Acesso em: 20 abr. 2023.

FERREIRA, R. N. C. **Saúde indígena no Brasil: análise de auditorias em três Distritos Sanitários Especiais Indígenas, no período de 2008 a 2018**. Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://repositorio.bvsposvosindigenas.fiocruz.br/items/c866189d-e0c1-4fb6-8cd1-f0a3a7fc6dda>. Acesso: 20 abr. 2023.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO; MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – BRASÍLIA. I Oficina sobre Povos Indígenas e Necessidades Decorrentes do Uso do Alcool: cuidado, direitos e gestão – relatório executivo. – Brasília: Funai; MS; Sesai; SAS; Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/outras-publicacoes/relatorio-executivo-oficina-povos-indigenas-alcool/relatorio-executivo-oficina-povos-indigenas-alcool.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

GARNELO, L. **Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde**. In: GarneLO L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI; 2012. Pp. 18–59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em 27 fev. 2022.

GARNELO, L.; MAQUINÉ A. **Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: considerações à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil.** In: Langdon EJ; Cardoso MD. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina.* Florianópolis: UFSC, 2015. Pp. 107–144. Disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/publicacoes2/livros/SaudeIndigena.pdf>. Acesso em 27 fev. 2022.

GARNELOI, L.; PONTES, A. L. (2012). **Saúde indígena:** Uma introdução ao tema. Série Vias dos SABERES nº 5. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Brasília: MEC-SECADI, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf. Acesso em: 27 de fev. 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. – São Paulo: Atlas, 2017. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 7 out. 2021.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Censo demográfico 2010:** características gerais dos indígenas – resultados do universo. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.muitaslinguas.ufscar.br/ibge-censo-demografico-2010-caracteristicas-gerais-dos-indigenas/> Acesso em: 17 dez.2021.

IMONIANA, J. O.; NOHARA, J. J. **Cognição da estrutura de controle interno:** uma pesquisa exploratória. *Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos*, v. 2, n. 1, p. 37-46, 2005.

INSTITUTO DOS AUDITORES INTERNOS DO BRASIL. **Declaração de posicionamento do IIA:** as três linhas de defesa no gerenciamento eficaz de riscos e controle. 2013. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Frepositorio.cgu.gov.br%2Fbitstream%2F1%2F41842%2F12%2FAs_tres_linhas_de_defesa_Declaracao_de_Posicionamento.pdf&clen=1064718. Acesso em: 25 nov. 2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MACHADO, L. J. **Avaliação das auditorias internas do Ministério da Saúde no Programa Aqui tem Farmácia Popular do Brasil:** uma análise documental. 2023. 112f. Dissertação (Mestrado em Controle de Gestão) Universidade Federal de Santa Catarina. 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/247580/PGCG0044-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 30 jul. 2023.

MEIRELLES, H. L. **Direito Administrativo Brasileiro** [36ª ed.]. Atualizada por Eurico Andrade Azevedo, Délcio Balestero Aleixo e José Emmanuel Burle Filho. São Paulo: Malheiros, 2010.

MELO, M. A. **Estado, governo e políticas públicas.** In: MICELI, S. (Org.). *O Que Ler na Ciência Social Brasileira (1970-1995).* São Paulo: Sumare, 1999. p. 59-100. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/o-que-ler-1970-1995/volume-iii-ciencia-plitica/646-integra>

2/file. Acesso em: 28 fev. 2022.

MELO, M. M.; SANTOS, I. R. **Auditoria contábil: de acordo com as normas brasileiras de contabilidade emitidas até 2011, em consonância com as Normas Internacionais de Contabilidade emitidas pela Federação Internacional de Contabilidade**. Rio de Janeiro: Maria Augusta Delgado, 2015.

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

MIRANDA, V. S. P. **Gestão municipal: uma análise do papel da auditoria interna na Secretaria de Desenvolvimento Social e Cidadania de Camaçari-BA**. 2022. 120 f. Dissertação (Direito) - UNIFACS, Salvador, 2022. Disponível em: <https://tede.unifacs.br/bitstream/tede/854/2/VANESSA%20SANTOS%20DA%20PAIX%20%83O%20MIRANDA%202022.pdf>. Acesso em: 06 jun 2023.

MOITA, Wânia de Almeida. Histórico, desafios e mudanças da auditoria no SUS enquanto instrumento de gestão. 2023. 108 f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva MP)** - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/bitstream/1/20270/2/Disserta%20a7%20a3o%20-%20W%20a2nia%20de%20Almeida%20Moita%20-%202023%20-%20Completa.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

MONTEIRO, R. R.; DANILEVICZ, V. M. Direitos fundamentais e demarcação de terras indígenas. **Diké-Revista Jurídica**, v. 22, n. 23, p. 86-107, 2023. Disponível em: https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5&q=MONTEIRO%2C+R.+R.%3B+DANILEVICZ%2C+2023&btnG=
Acesso em: 30 jul. 2023.

Painel de Orçamento do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP). Disponível em: [//www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true](http://www1.siop.planejamento.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=IAS%2FExecucao_Orcamentaria.qvw&host=QVS%40pqlk04&anonymous=true). Acesso em: 05 ago. 2023.

MORITZ, G. O.; PEREIRA, M. F. **Processo decisório**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração /UFSC, 2015. Disponível em: https://ead2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/187645/mod_resource/content/5/Processo%20Decisório%20UAB%203ed-alterado.pdf. Acesso em: 05 ago. 2023.

PETRI, S. M. Modelo para apoiar a avaliação das abordagens de gestão de desempenho e sugerir aperfeiçoamentos: sob a ótica construtivista. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, 2005. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101763>. Acesso em 20 jul. 2022.

REZENDE, S. M.; FAVERO, H. L. A importância do Controle Interno dentro das organizações. In: **Revista de Administração Nobel**, Nº 03, p. 33-44, jan./jun.2004. SAÚDE indígena caos e retrocesso. **Povos Indígenas no Brasil**, 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Sa%20C3%BAde_Ind%20C3%ADgena. Acesso em: 17 dez. 2021.

SILVA, L. A. da; ARROYO, M. B. F. Compliance e a atuação na gestão pública: redução de riscos e otimização de processos e recursos. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 4048–4072, 2023. DOI: 10.51891/rease.v9i5.9632. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/9632>. Acesso em: 10 set. 2023.

SILVA, M. G. da. **Os principais tipos de demonstrações contábeis para a tomada de decisão**: Uma revisão bibliográfica considerando conceitos contábeis consolidados. 2023. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Contábeis) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/38123/1/PrincipaisTiposDemonstra%c3%a7%c3%b5es.pdf>. Acesso em: 06 jun 2023.

TAMANINI, D. F.; PETRI, S. M. Análise de crédito de uma cooperativa financeira brasileira: modelo multicritério. **Revista Brasileira de Administração Científica**. Jan a Mar 2022 - v.13 - n.1. Disponível em: [file:///D:/Users/Maria/Downloads/Zd+Artigo+6882+-+2022-11-14%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/Maria/Downloads/Zd+Artigo+6882+-+2022-11-14%20(1).pdf). Acesso em: 18 jul 2022.

SILVEIRA, M.; PETRI, S. M. Elaboração do Balanced Scorecard para alinhamento estratégico: estudo de caso no DAP - IFC Campus Araquari. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 20, p. 126-148, jan./dez. 2019. Disponível em: Elaboração do Balanced Scorecard para alinhamento estratégico: estudo de caso no DAP - IFC Campus Araquari (ufsc.br). Acesso em: 18 jul 2022.

TASCA, J. E.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. **Evaluation of training programs**: A case study in public administration. *Revista de Administração Pública*, n. 46, v. 3, p. 647-675, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122012000300002>. Acesso em: 23 fev. 2022.

TERENA, L. E. **Povos indígenas e as violações do direito humano à saúde no contexto da pandemia da Covid-19**: subsídios à denúncia internacional. *Articulação dos Povos Indígenas do Brasil – APIB*, 2021. Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/11/25/povos-indigenas-e-as-violacoes-do-direito-humano-a-saude-no-contexto-da-pandemia-da-covid-19-subsidios-a-denuncia-internacional/>. Acesso em: 17 dez. 2021.

VALMORBIDA, S. M. I., ENSSLIN, S. R., ENSSLIN, L.; RIPOLL-FELIU, V. M. **Rankings universitários mundiais**. Que dizem os estudos internacionais. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio em Educación*, 14(2), 5-29, 2016.


VARGA, I. V. D; ADORNO, R. C. F. Terceirizando a indianidade?: Sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos "500 anos". **Revista de Direito Sanitário**, v. 2, n. 1, p. 9-26, 2001. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/handle/bvs/1460>. Acesso em: 20 abr. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, M. L. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva ML, organizadoras. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 15-39.

ZAMCOPÉ, F. C.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. (2012). Desenvolvimento de um modelo

para avaliar a sustentabilidade corporativa. **Produção**, 22(3), 477-489, 2012. Disponível em: <https://prod.org.br/article/10.1590/S0103-65132012005000048/pdf/1574685864-22-3-477.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS SISAUD



Ministério da Saúde
Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Coordenação-Geral de Auditoria

DESPACHO

CGAUD/DENASUS/MS

Brasília, 26 de agosto de 2021.


Assunto: Solicita autorização de uso de relatórios extraídos do Sistema de Auditoria (SISAUD).

Referência: Solicitação [REDACTED] ([REDACTED]).


À [REDACTED]

Tendo em vista solicitação da SEAUD/SC, no sentido de obter autorização de uso de relatórios extraídos do Sistema de Auditoria (SISAUD), por meio de seus acessos pessoais (perfil de Auditor), para a realização das pesquisas e elaboração do trabalho final do Mestrado Profissional, esclareço que é possível utilizar os relatórios do SISAUD, desde que, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), sejam resguardados os dados e informações sensíveis e sigilosos desses documentos.

[REDACTED]
Coordenador-Geral de Auditoria.



Documento assinado eletronicamente por [REDACTED] **Coordenador(a)-Geral de Auditoria**, em 27/08/2021, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador [REDACTED] e o código CR [REDACTED]

Referência: Processo nº [REDACTED] SEI nº [REDACTED]

Despacho [REDACTED] SEI [REDACTED]

APÊNDICE A: ELEMENTOS PRIMÁRIOS DE AVALIAÇÃO E CONCEITOS

EPA	Conceito	Legislação de base
01 Assistência Farmacêutica	Executar ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.	Alínea d, do inciso I, do art. 6º da Lei nº 8080/1990 e art. 1º da Portaria nº 3.916, de 30/10/1998.
02 Assistência Média e Alta Complexidade	Identificar estabelecimentos hospitalares de referência; gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional; e coordenar sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade.	Alínea a, do inciso III, do art. 16 e inciso IX, do art. 17, da Lei nº 8080/1990.
03 Atenção Básica	Promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, realizando ações integradas assistenciais e atividades preventivas na atenção básica.	Inciso III, do art. 5º, da Lei nº 8080/1990.
04 Controle Social	Exercer o controle Social por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, com organização e normas de funcionamento em regimento próprio, aprovadas no respectivo conselho.	§ 5º, do art. 1, da Lei nº 8142/1990.
05 Engenharia / Arquitetura	Garantir infraestrutura adequada e com boas condições de funcionamento para os estabelecimentos de saúde do SUS, garantindo ambiência com arquitetura inclusiva e acessibilidade.	Artigo 7º, da Lei 8080/1990; Portaria MS/GM nº 2436/2017; inciso III, do art. 7º, § 3º, do art. 19, anexo XXIV, da Portaria MS/GM nº 3390/2013.
06 Recursos Financeiros	Exercer a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados à saúde, anualmente; movimentando os recursos em conta especial, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.	Inciso II, dos art. 15 e 33 da Lei nº 8080/1990.
07 Regionalização, Planejamento e Programação	Descentralizar a rede de serviços de saúde político-administrativamente, com direção única em cada esfera de governo.	Alínea d, do inciso IX, do art.7º, da Lei 8080/1990.
08 Regulação	Atender à Regulação de Sistemas de Saúde; à Regulação da Atenção à Saúde; e à Regulação do Acesso à Assistência.	Alínea b, do inciso IX, do art. 7º, da Lei nº 8080/1990; e Portaria nº 1.559, de 01/08/2008.
09 Vigilância em Saúde	Realizar ações integradas de Vigilância em Saúde por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.	§ 2º, do art. 2º, da Lei nº 8080/1990; e Resolução CNS Nº 588, de 12/07/2018.
10 Assistência Ambulatorial	Ofertar procedimentos terapêuticos, em regime ambulatorial.	Alínea d, inciso I, do art. 6º, e inciso II, do art. 19-M, da Lei nº 8080/1990.
11 Assistência Farmacêutica Básica	Prestar Assistência Farmacêutica Básica.	Portaria GM/MS nº 1.882, de 18/12/97; e Portaria nº 176, de 8/3/1999.
12 Assistência Hospitalar	Ofertar procedimentos terapêuticos, em regime hospitalar.	Alínea d, inciso I, do art. 6º, inciso II, do art. 19-M, da Lei nº 8080/1990, e Portaria nº 3.390, de 30/12/2013.
13 Conselho de saúde	Contar, em cada esfera de governo com a instância colegiada do Conselho de Saúde.	Inciso II, § 4º, do art. 1º, da Lei nº 8.142, de 28/12/1990.
14 Contrato	Celebrar contratos.	Inciso X, do art. 18, parágrafo único, art. 24, § 2º, do art. 26, da Lei nº 8080/1990.

15	Controle e Avaliação	Definir instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde	Inciso I, do art. 15, da Lei 8080/1990.
16	Convênios	Celebrar convênios.	Inciso XV, do art. 15, inciso X, do art. 18, parágrafo único, do art. 24, da Lei nº 8080/1990.
17	Equipamentos	Prover e manter em adequado funcionamento os imóveis e instalações para a prestação de serviços de saúde do SUS	§ 1º, do art. 2º, alínea b, do art. 7º, § 5º e 6º, do art. 39, da Lei 8080/1990.
18	ESF - PACS/PSF	Prover e manter em adequado funcionamento ESF, PACS, PSF	§ 1º, do art. 2º, inciso III, do art. 5º, da Lei 8080/1990.
19	ESF Saúde Bucal	Executar ações de Saúde Bucal.	Alínea e, inciso I, do art. 6º, da Lei 8080/1990.
20	Fundo a Fundo	Gerir os recursos financeiros Fundo a Fundo	§ 1º, do art. 2º, e arts. 33 a 38, da Lei 8080/1990.
21	Fundo de Saúde	Instituir e manter em funcionamento o Fundo de Saúde	Inciso I, do art. 4º, da Lei Nº 8.142, de 28/12/1990.
22	Instrumentos de Planejamento PS	Elaborar e gerir os instrumentos de planejamento do SUS (PS)	Alínea b, do art. 7º, art. 8º, e art. 15, da Lei 8080/1990.
23	Instrumentos Planejamento PDR/PPI/PDI	Elaborar e gerir os instrumentos de planejamento do SUS (PDR, PPI, PDI)	Alínea b, do art. 7º, art. 8º, da Lei 8080/1990.
24	Obras e Serviços	Prover e atender a prestação de serviços de saúde do SUS providenciando obras e serviços	§ 1º, do art. 2º, da Lei 8080/1990.
25	Plano de Saúde	Decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.	Inciso I, do art. 14-A, e inciso VIII e X, do art. 15, da Lei 8080/1990.
26	Processo de Trabalho	Prever e gerir os processos de trabalho do SUS	Inciso III, do art. 5º, e art. 7º, da Lei 8080/1990.
27	Relatório de Gestão	Elaborar, aprovar e executar Relatório de Gestão	Art. 7º, da Lei 8080/1990.
28	Resultado	Elaborar, aprovar e executar serviços de engenharia e arquitetura	Art. 7º, da Lei 8080/1990; inciso III, art. 7º, da Portaria MS/GM 2436/2017; e § 3º, do art. 19, anexo XXIV, da Portaria MS/GM 3390/2013.
29	Termo de Compromisso de Gestão	Pactuar e executar Termo de Compromisso de Gestão	Art. 7º, da Lei 8080/1990.
30	Unidades Básicas de Saúde	Prover e manter em funcionamento as Unidades Básicas de Saúde	Inciso III, do art. 5º, e art. 7º, da Lei 8080/1990.
31	Vigilância Ambiental	Articular políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangendo, em especial, a atividade de saneamento e meio ambiente.	Inciso II, do art. 13, da Lei 8080/1990.
32	Vigilância Epidemiológica	Executar ações de Vigilância Epidemiológica.	Alínea b, inciso I, do art. 6º, da Lei 8080/1990.
33	Acesso	Manter em boas condições de uso as estradas e as pontes de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional.	Inciso I, do art. 12, da Portaria MS/GMº n.º 2656, de 17/10/2007.

34	Acesso a outros níveis atenção / SADT	Garantir o fluxo de referência e contra referência entre níveis atenção/SADT.	§ 5º, do art. 278, da seção II, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 06/2017; e item 5.2, do anexo I, do anexo XIV, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02/2017.
35	Alimentação de Sistemas Informatizados	Manter atualizada a base de dados dos Sistemas Informatizados do SUS.	Subitem 4.3, da Portaria/GM/MS nº 254, de 31/01/2002; incisos XVI e XVIII, do art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007; art. 6º, da Portaria GM/MS nº 2.230, de 23/09/2009; e inciso I, do art. 50, do Decreto 8.065 de 07/08/2013.
36	Alimentação Sistemas	Alimentar e atualizar os sistemas nacionais de informação do SUS com os dados relativos à Atenção à Saúde Indígena, inclusive o CNES.	Inciso II, art. 12, inciso II, art. 13, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007; e inciso II, art. 283, da seção II, do capítulo II, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 06/2017.
37	Aprovado pelo Conselho	Prever no Plano de Saúde as diretrizes aprovadas pelos Conselhos e Conferências de Saúde.	§ 7º, art. 3º, da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25/09/2013.
38	Armazenamento / Controle de estoques / Validade	Armazenar, controlar e dispensar os medicamentos e insumos obedecendo às exigências e critérios sanitários e de segurança, registrando nos sistemas apropriados.	Item 4.5, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; art. 6º da RDC/ANVISA nº 44, de 17/08/2009; inciso I, art. 12, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007; § 1º ao § 5º, art. 35, da RDC/ANVISA nº 44, de 17/08/2009; parágrafo único, art. 26, da Portaria GM/MS nº 1.800, de 09/11/2015; art. 27, subseção II, seção IV, capítulo I, título II, anexo VIII, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04, de 28/09/2017; e inciso IV, caput do art. 34, seção V, capítulo I, título II, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04, de 28/09/2017.
39	Atendimento à demanda / Clientela estimada	Atender aos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica, no que concerne à saúde bucal.	Item 4, subitem 4.2, da Portaria GM/MS nº 840, de 15/08/2007; Manual de Estrutura Física das UBS, 2ª edição, 2008; capítulo I, do anexo XXII, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 28/09/2017; e inciso III, do item 4.2.2, atribuições dos profissionais da atenção básica, cirurgião dentista, do anexo I, do anexo XXII, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 25/09/2017.
40	Atividades desenvolvidas / Rotinas de Trabalho	Garantir saneamento básico para população indígena.	Subitem 4.8, da promoção de ambientes saudáveis e proteção à saúde indígena, do item 4, das diretrizes, anexo, da Portaria GM/MS nº 254 de 31/01/2002.

41	Cadastro	Manter atualizado o Cadastro CNES.	Inciso II, do art. 12, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007, e art.s 1º ao 6º, da Portaria SAS/MS nº 475, de 01/09/2008.
42	Capacitação	Capacitar recursos humanos para atuar na saúde indígena.	Item 4.2, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002, e inciso III, do art. 607, seção IX, da Portaria GM/MS nº 3.965, de 14/12/2010.
43	Capacitação dos Conselheiros	Promover ações para o fortalecimento do controle social no SIASI.	Inciso VI, Art. 46 do Decreto nº 8.065, de 07/08/2013.
44	Composição Equipes	Compor as EMSI com equipe multiprofissional.	Item 4.1.2, da 4ª Diretriz, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2012.
45	Composição / Eleição Conselheiros	Manter Conselhos Municipais e Distritais de Saúde Indígena em funcionamento com representantes indígena.	Artigo 19-H, da Lei 8.080, de 19/09/1990; Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; e art. 4º, da Portaria GM/MS nº 755, de 18/04/2012.
46	Comprovação da Despesa	Destinar recursos ao IAB-PI e restituir aos cofres públicos o que não for utilizado.	Inciso I, art. 27, da Lei Complementar nº 141, de 12/01/2012.
47	Comprovação de Despesas	Utilizar saldos remanescentes de recursos do IAB-PI.	Inciso I, art. 27, da Lei Complementar nº 141, de 12/01/2012.
48	Contrato de Profissionais	Dar ao pessoal do SNA e à Comissão Corregedora acesso a documentos, pessoas e instalações para o desempenho da função.	Artigo 11, do Decreto nº 1651, de 28/09/1995.
49	Deliberações / Resoluções	Atuar nas atividades previstas nos Conselhos Locais e Distritais de Saúde Indígena.	Incisos I e II, do art. 3º, incisos I, II e III, do art. 5º, da Portaria nº 755, de 18/04/2012; § 1º, do art. 36, da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012; § 2º, do art. 4º, da Portaria GM/MS nº 575, de 29/03/2012; § 2º, art. 438, seção II, do sistema de apoio ao relatório anual de gestão SARGSUS, capítulo II, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 01/2017.
50	Distribuição	Oferecer os insumos, a infraestrutura e os equipamentos necessários para execução das ações de saúde nas comunidades indígenas.	Alínea "a", do inciso XII, do art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007.
51	Documentação / Registros	Manter Conselhos Locais de Saúde Indígena organizados de acordo com Regimento Interno.	Item 4.9, do controle social, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; art. 3º, da Portaria GM/MS nº 755, de 18/04/2012; Portaria de Consolidação MS/GM nº 02/2017; § 3º, do art. 12, capítulo II, do anexo VIII, do título I, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04/2017.
52	Estrutura Física	Determinar a manutenção regular da estrutura física, da infraestrutura e dos equipamentos das UBS.	Alínea "b", inciso II, item 1 e 2, inciso III, do título da infraestrutura e funcionamento da atenção básica, do anexo I, da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011, e título III, dos estabelecimentos de saúde indígena e diretrizes para

		elaboração de seus projetos arquitetônicos, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04/2017, de 28/09/2017.
53	Estrutura Física	<p>Obedecer às diretrizes para projetos físicos das CASAI e UBSI, mantendo as instalações físicas em boas condições para uso, e manter regular utilização da infraestrutura e dos equipamentos.</p> <p>Item 4.1.2, da organização, da 4ª Diretriz, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; item 4, subitem 4.2, da Portaria FUNASA/MS nº 840, de 15/08/2007; alínea b, incisos I, II e III, do anexo I, da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011; subitem 3.6.1, item 3.6, da responsabilidade, do Manual de Obras Públicas, Edificações Práticas da SEAP; item 4, subitens 4.2, 4.3 e 4.4, da Portaria FUNASA/MS nº 840, de 15/08/2007; Portaria GM/MS nº 1801, de 09/11/2015; itens 7.1 e 7.2, do capítulo 7, da RDC/ANVISA nº 50, de 21/02/2002; Portarias de Consolidação MS/GM nº 02 e 04/2017; e Portaria GM/MS nº 1801, de 09/11/2015.</p>
54	Estrutura Física Instalações / Conservação	<p>Manter a CASAI em boas condições de funcionamento.</p> <p>Item 4.1.2, da organização, da 4ª Diretriz, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002.</p>
55	Execução Física	<p>Atender o que estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas.</p> <p>Item 4, subitem 4.3 e 4.4, da Portaria FUNASA/MS nº 840, de 15/08/2007.</p>
56	Fundamentação Legal	<p>Manter CONDISI estruturado conforme regimento interno.</p> <p>Item 4.9, do controle social, da Portaria MS/GM nº 254, de 31/01/2002; art. 3º, da Portaria GM/MS nº 755, de 18/04/2012; § 3º, do art. 12º, capítulo II, do anexo VIII, do título I, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04/2017; e subitem 4.9 do item 4, do anexo I, do anexo XIV, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02/2017.</p>
57	Gerenciamento	<p>Exercer a direção do SUS em cada esfera de governo.</p> <p>Artigo 9º, da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, e inciso I do art. 198º da CF.</p>
58	Indicadores AB	<p>Monitorar, acompanhar e avaliar as ações e políticas de saúde indígena no âmbito do SIASI.</p> <p>Inciso II, do art. 2º, do Decreto nº 3.156, de 27/08/1999; inciso II do art. 12º da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007, subitem 4.3, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; incisos XVI e XVIII, do art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007, Portaria GM/MS nº 2.048, de 03/09/2009, e art. 6º, da Portaria GM/MS nº 2.230, de 23/09/2009.</p>

59	Instalações Prediais	Manter as instalações prediais em condições adequadas para atendimento de saúde indígena.	4ª diretriz, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; itens 7.1 e 7.2, do capítulo 7, da RDC/ANVISA nº 50, de 21/02/2002; subitem 4.2, item 4, da Portaria FUNASA/MS nº 840, de 15/08/2007; e incisos I e II, alínea b, do anexo I, da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011.
60	Localização	Cumprir normas relativas às redes de distribuição interna para gases combustíveis nas CASAI.	Item 4.1.2, da organização, da 4ª Diretriz, da Portaria MS/GM nº 254, de 31/01/2002 e NBR 15526/2012.
61	Medicamentos	Garantir a seleção, programação, aquisição, acondicionamento, estoque, distribuição, controle e vigilância dispensação e prescrição de medicamentos e insumos.	Item 4.5, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; e Portaria GM/MS nº 3.185, 19/10/2010.
62	Outras Atividades Visitas /Rotinas / Acolhimento	Atender os agravos à saúde indígena nos postos de saúde das aldeias por meio dos AIS e das EMSI.	Subitem 4.1.2, da organização, do item 4, das diretrizes, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; item 4.1.2, anexo I e IV, da Portaria de Consolidação nº 02, de 28/09/2017; inciso VII, do art. 2º, do Decreto nº 3.156, de 27/08/1999, art. 19-F, da Lei nº 8.080, de 19/09/1990; art. 4º da Portaria GM/MS nº 1.498, de 19/07/2013; e inciso III e IV, do art. 2º, do Decreto nº 3.156, de 27/08/1999.
63	Plano de Aplicação	Aplicar saldo financeiro remanescente, referente ao IAB-PI conforme Plano de Aplicação aprovado.	Artigo 2º, da Portaria GM/MS nº 2012, de 14/09/2012, e art. 293, da seção II, do capítulo II, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 06/2017.
64	Plano de Trabalho	Celebrar convênios, acordos ou termos de ajuste.	§ 1º, do art. 116, da Lei nº 8.666, de 26/06/1993.
65	Prestação de Contas	Analisar e aprovar prestações de contas de convênios.	Incisos I e II, § 10º, do art. 10º, do Decreto n.º 6.170, de 25/07/2007, e art. 76, da Portaria MSº n.º 507, de 24/11/2011.
66	Prestação de Contas ao Conselho	Elaborar e apresentar os relatórios de prestações de contas.	Artigo 36, da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012.
67	Programação Anual de Saúde	Elaborar a Programação Anual de Saúde prevendo recursos orçamentários a serem executados.	Artigo 4º, da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25/09/2013; § 2º, do art. 36, da Lei Complementar nº 141, de 13/01/2012; § 1º, incisos I, II, III, art. 4º, da Portaria GM/MS nº 2135, de 25/09/2013; art. 97 e 100, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 01, de 28/09/2017.
68	Recursos Humanos	Estabelecer o número, a qualificação e o perfil dos profissionais das EMSI de acordo com o planejamento de atividades.	Item 4.1.2, da 4ª Diretriz, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2012; inciso XVII, do art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007; item 4.2, do anexo I, do anexo XIV, PNASI e Portaria de

		Consolidação MS/GM nº 02, de 28/09/2017.
69 Recursos Humanos	Organizar a CASAI e o Polo Base de Saúde Indígena.	Item 4.1.2, da Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002; item 4.1.2, do Anexo I, do Anexo XIV, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 28/09/2017.
70 Recursos Materiais	Garantir infraestrutura física, recursos humanos, recursos materiais, móveis e equipamentos, meios de transporte, meios de comunicação, medicamentos e insumos adequados e necessários à execução das ações de saúde indígena.	Artigo 50, do Decreto nº 8065, de 07/08/2013, Portaria GM/MS nº 254, de 31/01/2002, item 4.1.2, e subitem 4.5, da Portaria GM/MS nº 2656, de 17/10/2007, alíneas “a”, “b” e “c” do inciso XII, do art. 10º, e inciso I do art. 12, da Portaria GM/MS nº 2.488, de 21/10/2011; Portaria de Consolidação MS/GM nº 06/2017; Portaria GM/MS nº 2436, de 21/09/2017; Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 28/09/2017; Portaria de Consolidação MS/GM nº 04, de 28/09/2017; e art. 6º, da Resolução RDC/ANVISA nº 44, de 17/08/2009.
71 Recursos Materiais / Equipamentos	Manter os serviços instalados em nível local (DSEI; Polo Base; UBSI; EMSI; CASAI) em funcionamento, conforme características para atendimento; garantindo equipamentos e insumos.	§ 2º, do art. 59, título III, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 04, de 28/09/2017; item 4.1.2 da Portaria GM/MS nº 254, 31/01/2002; alínea c, inciso XII, art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2656, de 17/10/2007; item 4.1.2, do Anexo I, do Anexo XIV, da Portaria de Consolidação MS/GM nº 02, de 28/09/2017.
72 Recursos Materiais / Equipamentos	Garantir infraestrutura e equipamentos necessários para execução das ações de saúde indígena.	Alínea c, inciso XII, do art. 10º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007.
73 Referência / Contra - referência	Utilizar o SISREG como retaguarda e referência ao SASISUS.	§ 2º e 3º, do art. 19-G, da Lei nº 8080, 19/09/1990; Lei nº 9.836, de 1999.
74 Registros / Cadastro	Cadastrar e manter atualizado o SCNES.	Inciso II, do art. 12, da Portaria GM/MS nº 2656, de 17/10/2007; art. 1º ao 6º e 9º, da Portaria SAS/MS nº 475, de 01/09/2008; anexo II, da Portaria SAS/MS nº 1317, de 03/08/2017; e inciso II, do art. 371, da Portaria de Consolidação nº 01, de 28/09/2017.
75 Sistemática de Elaboração / Conteúdo	Estabelecer metas e ações da Atenção Básica voltadas às comunidades indígenas.	Inciso VII, do art. 12, da Portaria GM/MS nº 2656, de 17/10/2007, caput do art. 4º e 6º, e § 1º, incisos I a III, do art. 4º, da Portaria MS/GM nº 2135, de 25/09/2013.

76	Sistemática de Elaboração / Conteúdo	Inserir, elaborar e acompanhar as metas e ações de Atenção Básica para comunidades indígenas.	Inciso VII, do art. 12, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007; inciso I, do art. 634, seção IX, da Portaria nº 3965, de 14/12/2010; subitem 5.2, da Portaria GM/MS 254, de 31/01/2002; inciso I, do art. 50, do Decreto nº 8.065, de 07/08/2013, Decreto nº 8.901, de 10/11/2016; Portaria GM/MS nº 2048, de 03/09/2009, e art. 6º, da Portaria GM/MS nº 2230, de 23/09/2009.
77	Sistemática de Elaboração / Conteúdo	Elaborar Plano de Saúde como instrumento de planejamento para definição e implementação das políticas de saúde indígena.	Inciso VII, do art. 12 da Portaria MS/ GM nº 2.656, de 17/10/2007; e art. 3º, da Portaria GM/MS 2135, de 25/09/2013.
78	Sistemática de Elaboração / Conteúdo	Alcançar os resultados previstos no PNS e PAS registrando no RAG .	Artigo 6º, da Portaria GM/MS nº 2.135, de 25/09/2013; e § 3º, inciso II, do art. 6º, do Decreto 1.651, de 28/09/1995.
79	Sistemática de Elaboração / Conteúdo	Elaborar e cumprir o Termo de Compromisso de Gestão e o Termo de Pactuação da Atenção Básica aos Povos Indígenas.	Artigo 11, do Decreto 1.651, de 28/09/1995; e inciso I, do art. 12, e art. 7º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007.
80	Submetido ao Conselho	Apresentar RAG com as informações do PAS, no prazo, para análise e aprovação.	Inciso II, do § 3º, do art. 6º, do Decreto nº 1651, de 28/09/1995, e art. 6º, § 3º, da Portaria GM/MS nº 2135, de 25/09/2013.
81	Utilização de Recursos Vinculados-PAB	Aplicar recursos financeiros remanescentes por meio de plano de aplicação de recursos vinculados.	Artigo 4º, da Portaria GM/MS nº 2.656, de 17/10/2007, e art. 2º, da Portaria GM/MS nº 2012, de 14/09/2012.

APÊNDICE B: PESQUISA DE VALIDAÇÃO DOS PARES

AVALIAÇÃO DE AUDITORIA EM SAÚDE INDÍGENA SEGUINDO A METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO A DECISÃO (MCDA) – ESTUDO DE CASO

O presente questionário faz parte de uma pesquisa realizada pela mestranda Maria Lúcia de Siqueira Ferreira Gomes, sob orientação do professor Dr. Sergio Murilo Petri, como fonte de dados para a construção de dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Controle de Gestão (PPGCG) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Ao responder esse questionário o participante autoriza a utilização dos dados para a pesquisa realizada. É importante ressaltar que todas as respostas são anônimas, preservando a identidade dos participantes. Em caso de dúvidas, entrar em contato com a mestranda pela pesquisa: Maria Lúcia de Siqueira Ferreira Gomes - gomes.mlsiqueira@gmail.com.

* Indica uma pergunta obrigatória.

1. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde (MS).

Ele é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e- SUS Atenção Primária (eSUS APS), entre outros.

Assim, ele é uma ferramenta auxiliadora, que proporciona o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no planejamento em saúde das três esferas de Governo, para uma gestão eficaz e eficiente.

O cadastro propicia ao gestor público ou privado, de forma simples o conhecimento real de sua rede assistencial, bem como sua capacidade instalada, tornando-se uma ferramenta de apoio para a tomada de decisão e planejamento de ações baseada na visibilidade do mapeamento assistencial de saúde de seu território, pois contempla todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Considerando a funcionalidade do CNES, você considera que uma constatação de auditoria que trate da “não atualização do sistema CNES” deve ser considerado um item ligado diretamente a que eixo de controle:

Marcar apenas uma oval.

Controle social > Regulação > Controle e Avaliação > Cadastro.

Atenção à Saúde > Regulação > Controle e Avaliação > Cadastro.

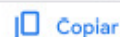
24/08/2023, 17:20 AVALIAÇÃO DE AUDITORIA EM SAÚDE INDÍGENA SEGUINDO A METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO A DECIS...

AVALIAÇÃO DE AUDITORIA EM SAÚDE INDÍGENA SEGUINDO A METODOLOGIA MULTICRITÉRIO DE APOIO A DECISÃO (MCDA) - ESTUDO DE CASO

14 respostas

[Publicar análise](#)

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é o sistema de informação oficial de cadastramento de informações de todos os estabelecimentos de saúde no país, independentemente de sua natureza jurídica ou de integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), do Ministério da Saúde (MS).



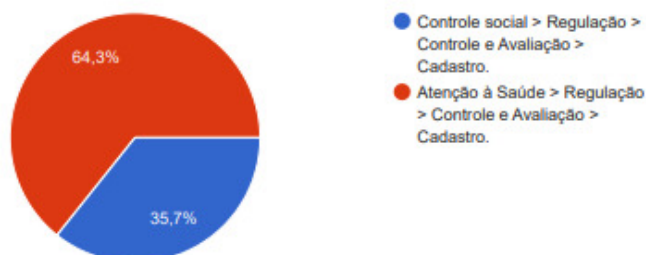
Ele é a base cadastral para operacionalização de mais de 90 (noventa) sistemas de base nacional, tais como: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e- SUS Atenção Primária (e-SUS APS), entre outros.

Assim, ele é uma ferramenta auxiliadora, que proporciona o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, de forma a auxiliar no planejamento em saúde das três esferas de Governo, para uma gestão eficaz e eficiente.

O cadastro propicia ao gestor público ou privado, de forma simples o conhecimento real de sua rede assistencial, bem como sua capacidade instalada, tornando-se uma ferramenta de apoio para a tomada de decisão e planejamento de ações baseada na visibilidade do mapeamento assistencial de saúde de seu território, pois contempla todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.

Considerando a funcionalidade do CNES, você considera que uma constatação de auditoria que trate da "não atualização do sistema CNES" deve ser considerado um item ligado diretamente a que eixo de controle:

14 respostas

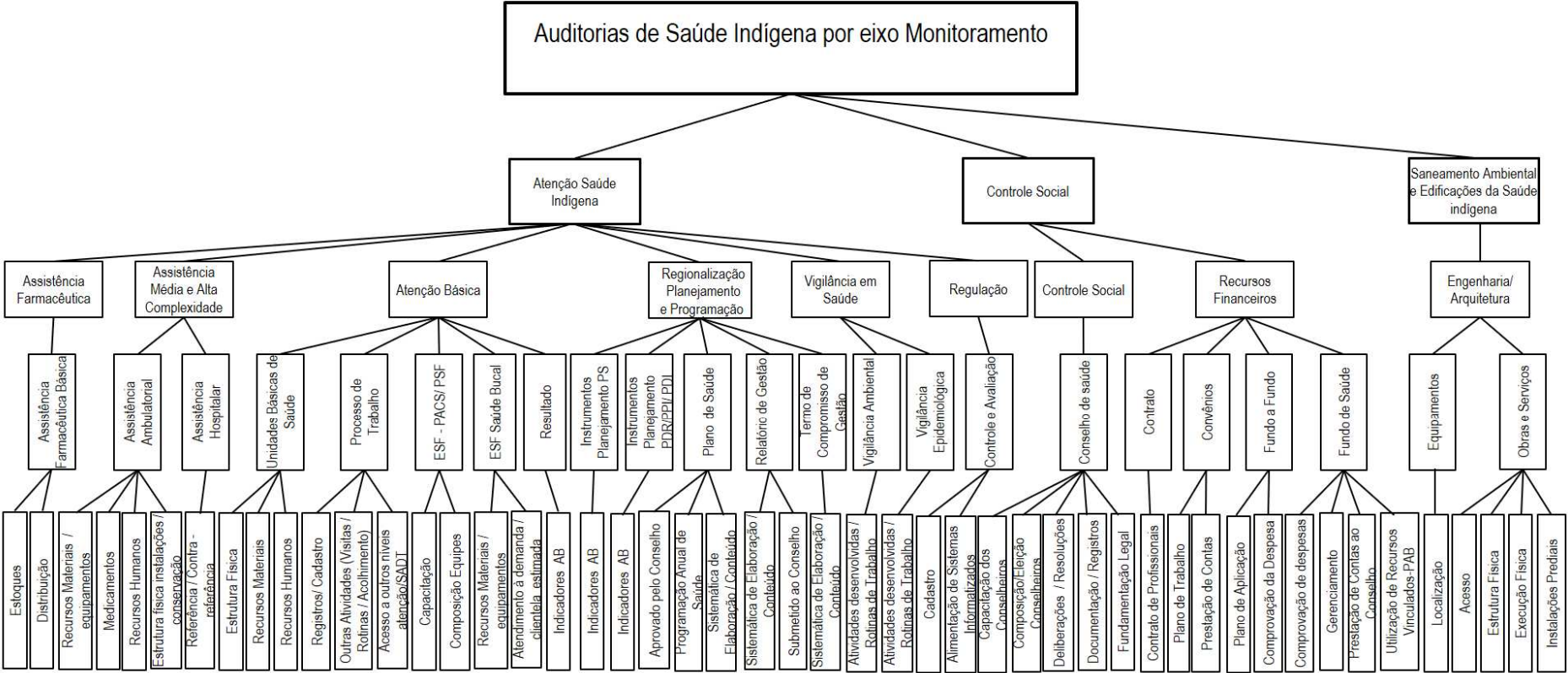


Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Política de Privacidade](#)

Google Formulários

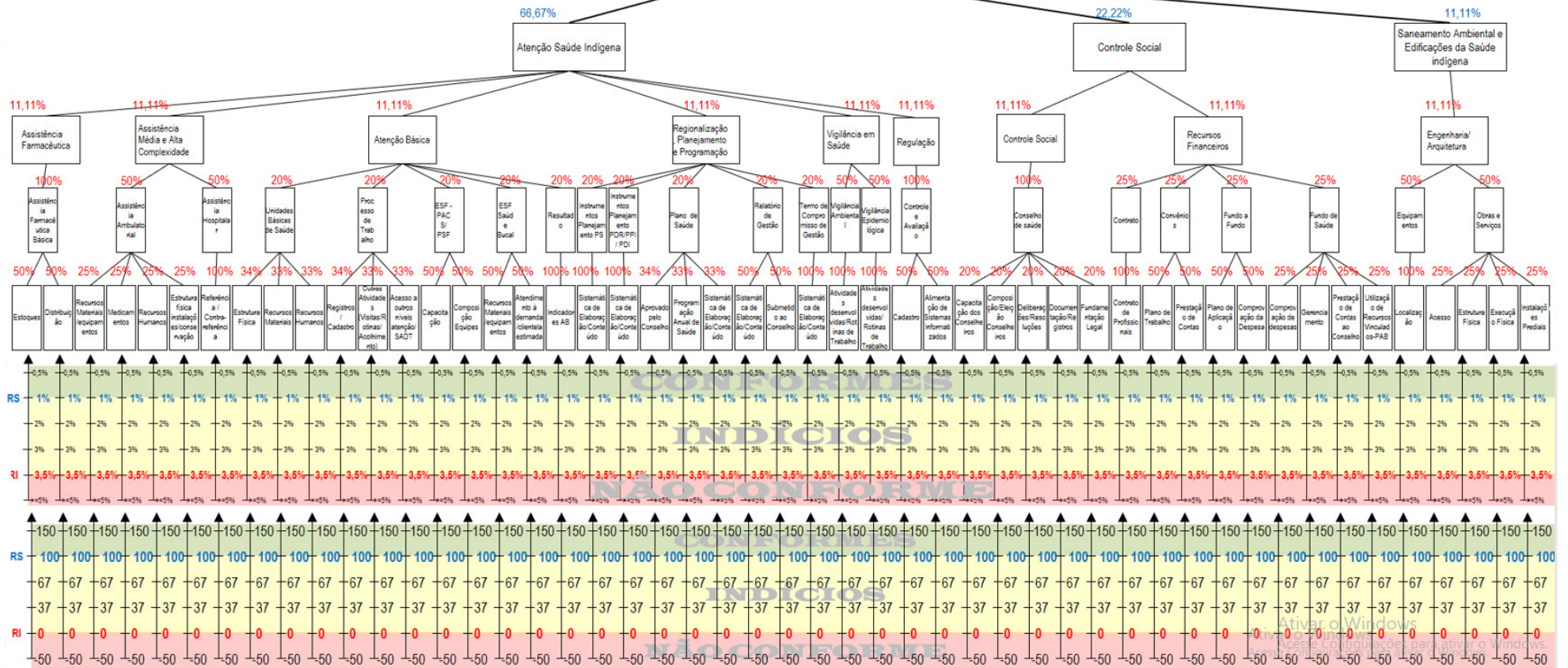


APÊNDICE C: ESTRUTURA HIERÁRQUICA DE VALOR (EHV) COMPLETA



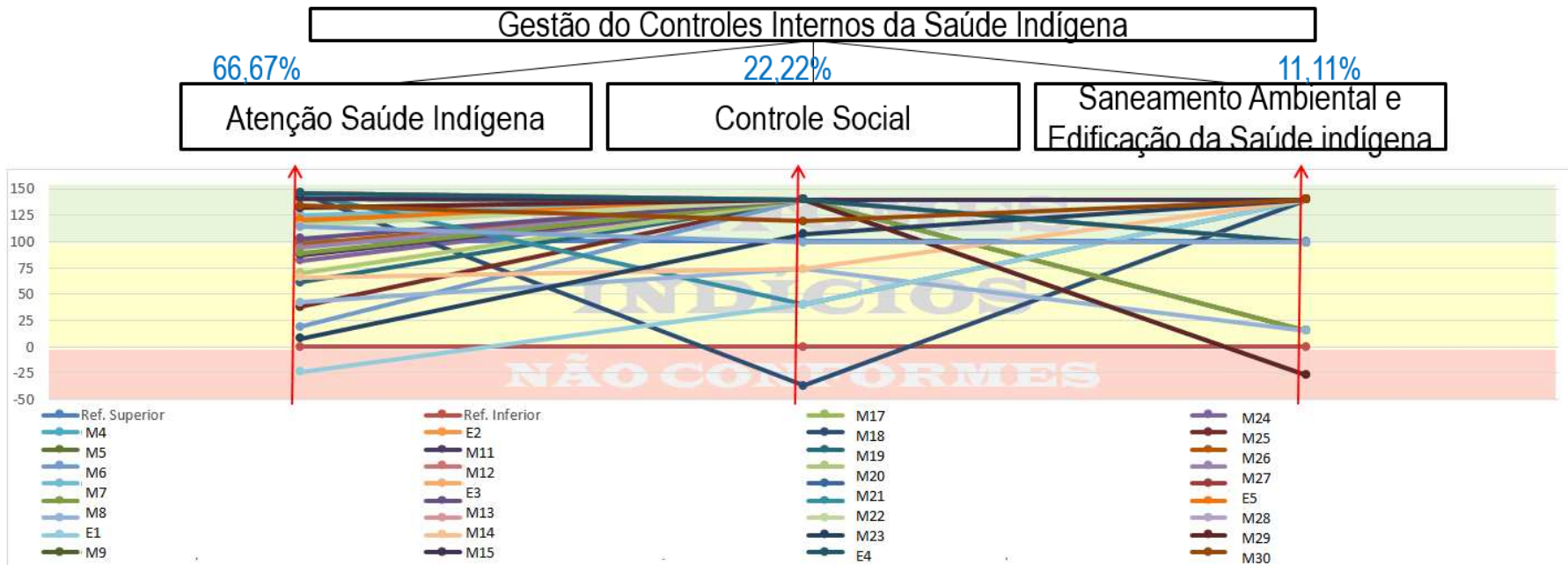
APÊNDICE E: TAXA DE COMPENSAÇÃO DO MODELO COMPLETO

Auditorias de Saúde Indígena por eixo Monitoramento

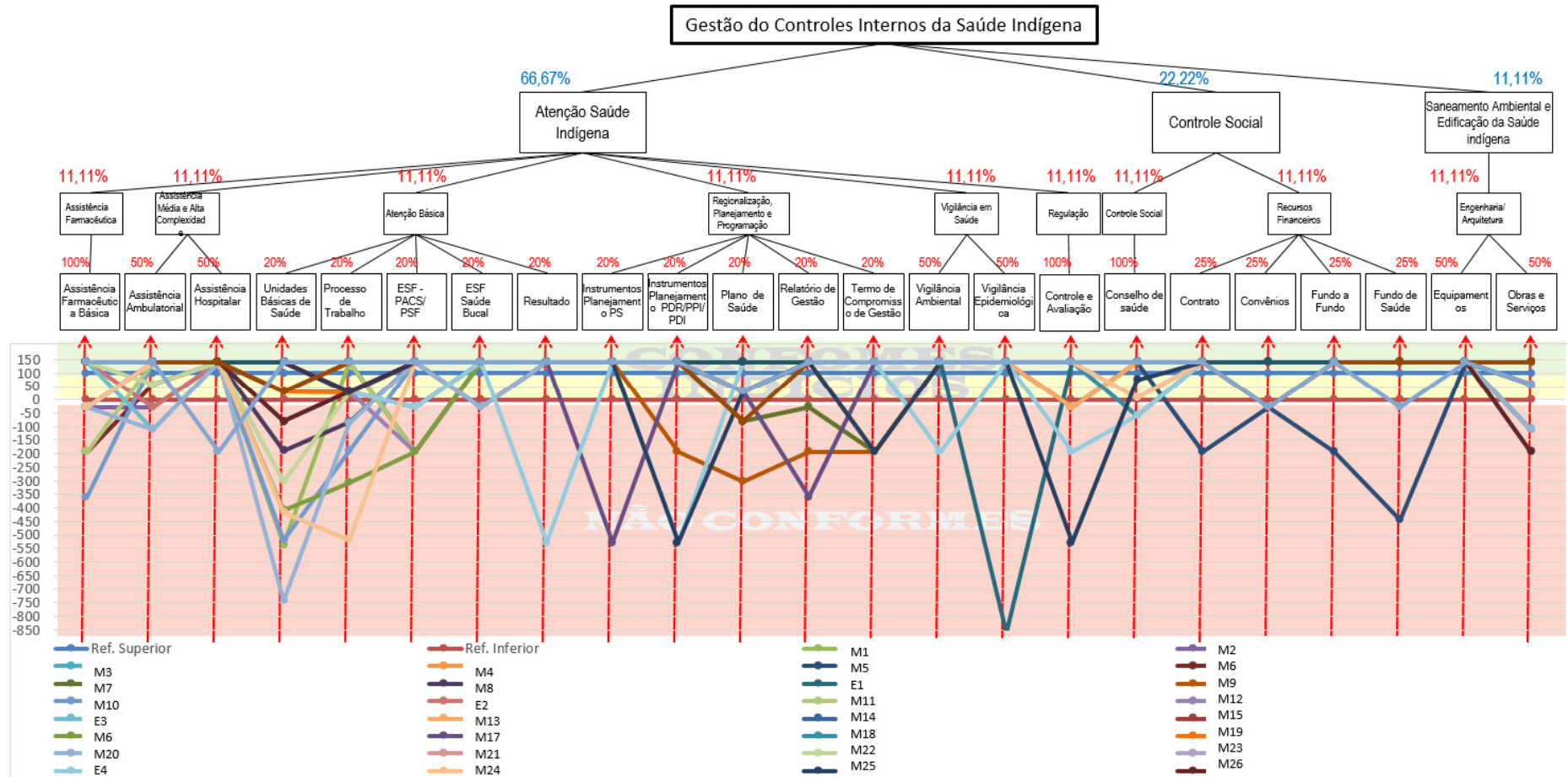


APÊNDICE F: MODELO GERAL (GLOBAL) POR ITENS DE AUDITORIA E EIXOS DE MONITORAMENTO

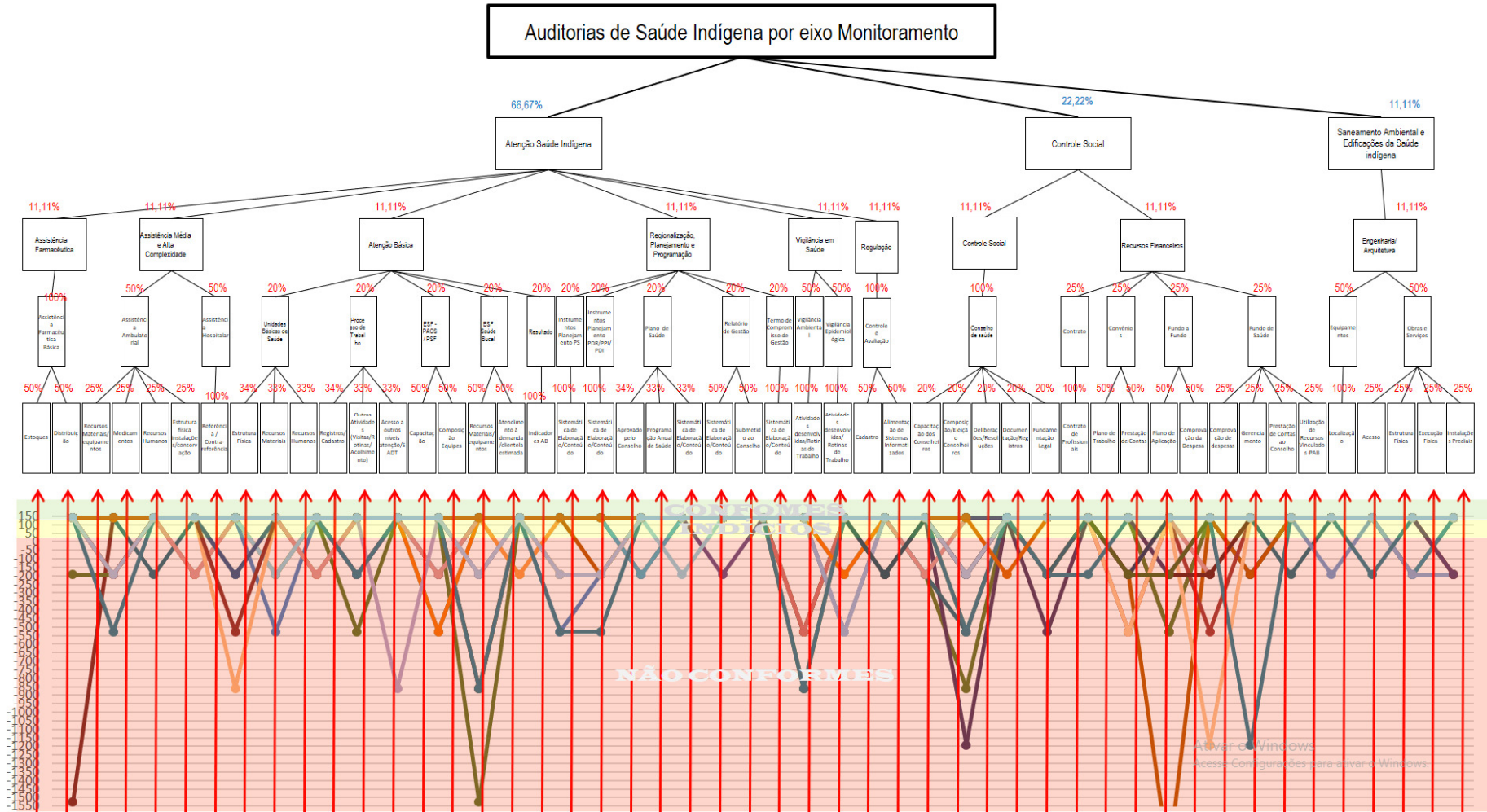
Eixos	Taxas	Ref. Superior	Ref. Inferior	M3	M4	M5	M6	M7	M8	E1	M9	M10	E2	M11	M12	E3	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	M21	M22	M23	E4	M24	M25	M26	M27	E5	M28	M29	M30	
Atenção à Saúde Indígena	67%	100	0	141	121	146	38	121	87	61	97	19	132	70	94	125	121	142	146	89	103	146	121	42	146	115	146	-24	66	8	132	141	141	146	134	114	
Controle Social	22%	100	0	140	140	-37	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	40	140	74	140	140	140	40	74	107	140	140	140	140	140	119	99
San. ambiental e Edificação em SI	11%	100	0	140	140	140	140	140	99	140	140	-27	140	15	15	140	140	140	140	15	140	140	140	15	99	99	99	140	140	140	-27	140	140	99	140	99	
Avaliação Global				141	127	105	72	127	100	87	111	41	135	79	95	130	127	141	144	92	115	122	127	46	139	119	139	8	76	45	116	141	141	139	131	109	



APÊNDICE I: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 1ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (GRÁFICO)

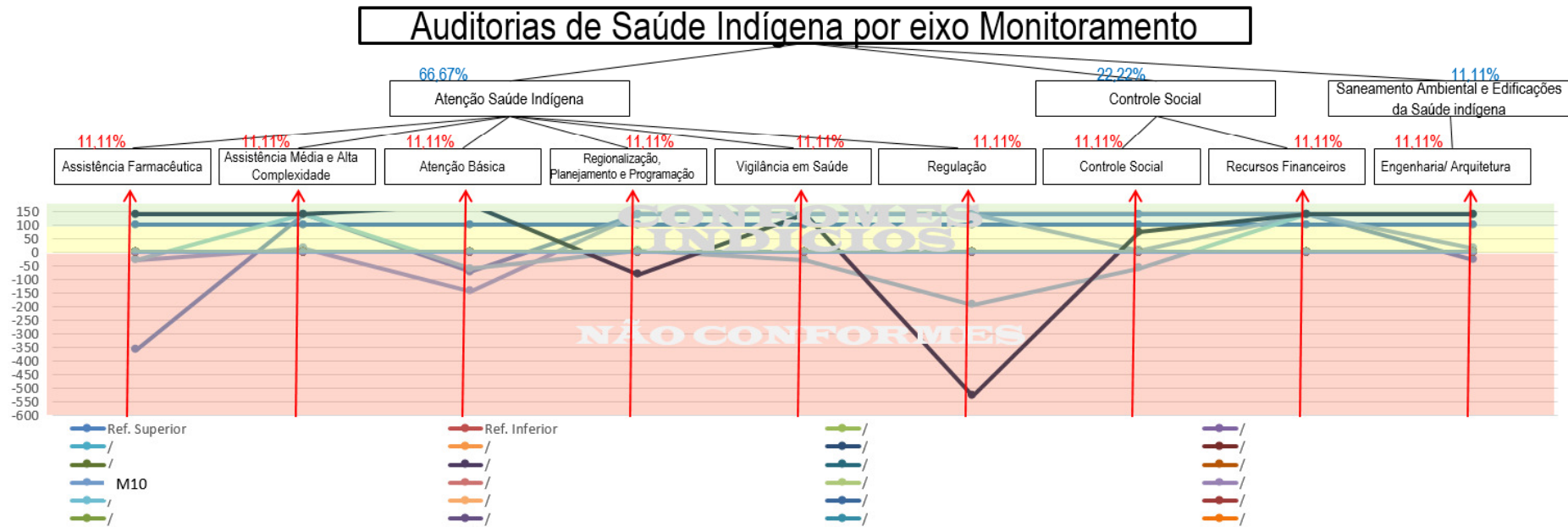


APÊNDICE K: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVES DE 2ª LINHA DE AUDITORIAS E EIXOS DE MONITORAMENTO (GRÁFICO)



APÊNDICE L: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVFS DE AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO

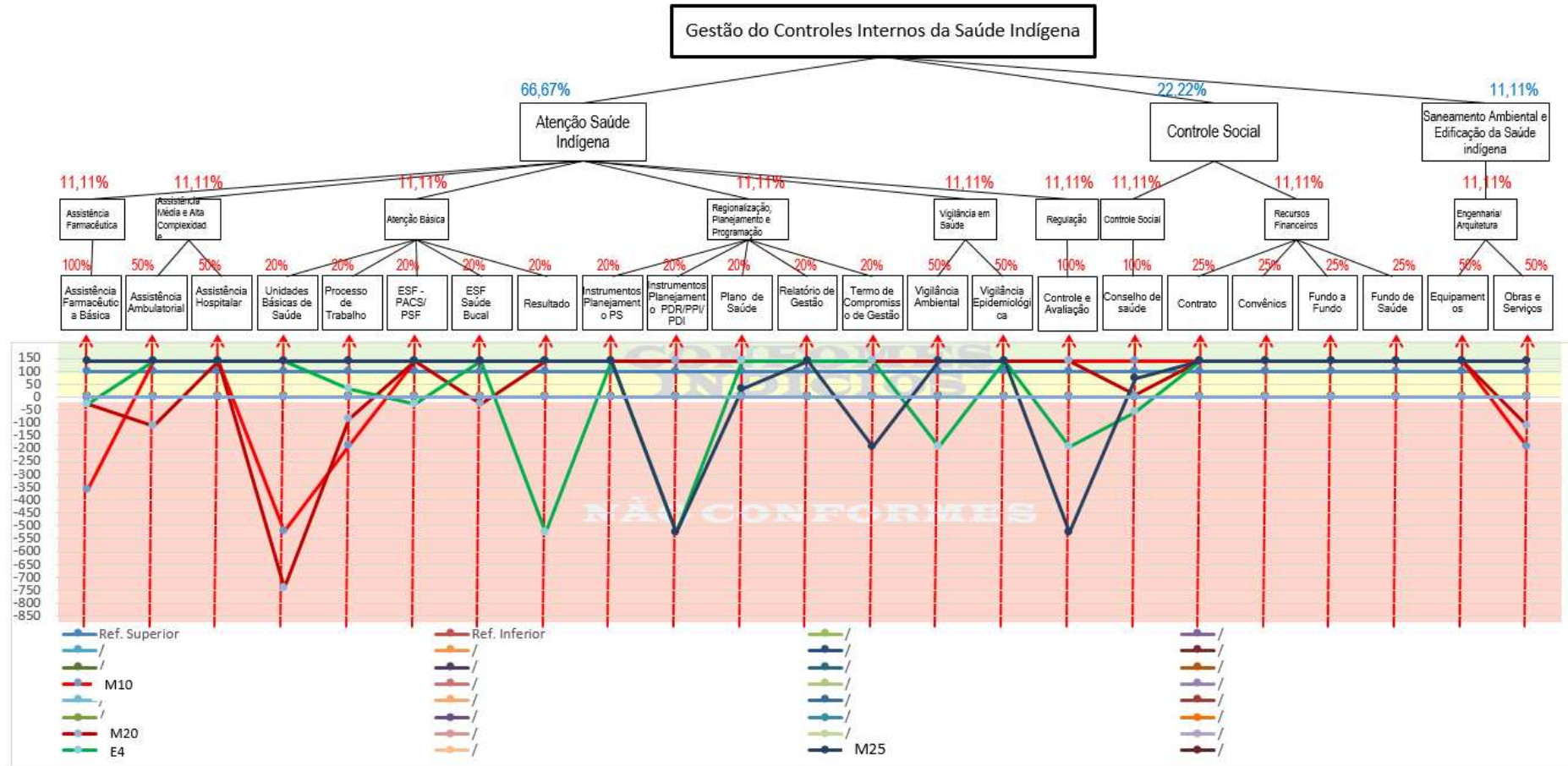
PVFs	Taxas	Ref. Superior	Ref. Inferior	M10	M20	E4	M25
Assistência Farmacêutica	17%	100	0	-360	-27	-27	140
Assistência Média e Alta Complexidade	17%	100	0	140	15	140	140
Atenção Básica	17%	100	0	-73	-144	-61	175
Regionalização, Planejamento e Programação	17%	100	0	140	140	7	-82
Vigilância em Saúde	17%	100	0	140	140	-27	140
Regulação	15%	100	0	140	140	-194	-527
Controle Social	50%	100	0	140	7	-60	73
Recursos Financeiros	50%	100	0	140	140	140	140
Engenharia/Arquitetura	100%	100	0	27	15	140	140
				42	47	6	37



APÊNDICE M: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 1ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (TABELA)

Pontos de Vistas Elementares – PVE 1º	Taxas	Ref. Superior	Ref. Inferior	M10	M20	E4	M25
Assistência Farmacêutica Básica	100%	100	0	-360	-27	-27	140
Assistência Ambulatorial	50%	100	0	140	-110	140	140
Assistência Hospitalar	50%	100	0	140	140	140	140
Unidades Básicas de Saúde	25%	100	0	-520	-743	140	140
Processo de Trabalho	25%	100	0	-190	-87	30	140
ESF - PACS/PSF	25%	100	0	140	140	-27	140
ESF Saúde Bucal	25%	100	0	140	-27	140	140
Resultado	25%	100	0	140	140	-527	140
Instrumentos de Planejamento PS	20%	100	0	140	140	140	140
Instrumentos Planejamento PDR/PPI/PDI	20%	100	0	140	140	-527	-527
Plano de Saúde	20%	100	0	140	140	140	30
Relatório de Gestão	20%	100	0	140	140	140	140
Termo de Compromisso de Gestão	20%	100	0	140	140	140	-193
Vigilância Ambiental	50%	100	0	140	140	-193	140
Vigilância Epidemiológica	50%	100	0	140	140	140	140
Controle e Avaliação	100%	100	0	140	140	-194	-527
Conselho de saúde	100%	100	0	140	7	-60	73
Contrato	25%	100	0	140	140	140	140
Convênios	25%	100	0	140	140	140	140
Fundo a Fundo	25%	100	0	140	140	140	140
Fundo de Saúde	25%	100	0	140	140	140	140
Equipamentos	50%	100	0	140	140	140	140
Obras e Serviços	50%	100	0	-193	-110	140	140

APÊNDICE N: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 1ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (GRÁFICO)



APÊNDICE O: MODELO GERAL (GLOBAL) POR PVE DE 2ª LINHA - AUDITORIA E EIXO DE MONITORAMENTO (TABELA)

EIXO	GRUPO	SUB-GRUPO	ITEM	MT	MT	CE	CE
				M10	M20	E4	M25
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Farmacêutica	Assistência Farmacêutica Básica	Armazenamento/Controle de estoques/Validade	-860	-193	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Farmacêutica	Assistência Farmacêutica Básica	Distribuição	140	140	-193	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Ambulatorial	Recursos Materiais/equipamentos	140	-527	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Ambulatorial	Medicamentos	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Ambulatorial	Estrutura física instalações/conservação	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Ambulatorial	Recursos Humanos	140	-193	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Assistência Média e Alta Complexidade	Assistência Hospitalar	Referência/Contra-referência	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Estrutura Física	140	-193	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Recursos Materiais	-1527	-860	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde	Recursos Humanos	140	-1193	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Processo de Trabalho	Registros/Cadastro	140	-527	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Processo de Trabalho	Outras Atividades (Visitas/Rotinas/ Acolhimento)	-860	140	-193	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Processo de Trabalho	Acesso a outros níveis atenção/SADT	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	ESF - PACS/PSF	Capacitação	140	140	-193	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	ESF - PACS/PSF	Composição Equipes	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	ESF Saúde Bucal	Recursos Materiais/equipamentos	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	ESF Saúde Bucal	Atendimento à demanda/clientela estimada	140	-193	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Atenção Básica	Resultado	Indicadores AB	140	140	-527	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Instrumentos de Planejamento PS	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Instrumentos Planejamento PDR/PP/PPDI	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	140	140	-527	-527
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Plano de Saúde	Aprovado pelo Conselho	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Plano de Saúde	Programação Anual de Saúde	140	140	140	-193
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Plano de Saúde	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Relatório de Gestão	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Relatório de Gestão	Submetido ao Conselho	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regionalização, Planejamento e Programação	Termo de Compromisso de Gestão	Sistemática de Elaboração/Conteúdo	140	140	140	-193
Atenção à Saúde Ind.	Vigilância em Saúde	Vigilância Ambiental	Atividades desenvolvidas/Rotinas de Trabalho	140	140	-193	140
Atenção à Saúde Ind.	Vigilância em Saúde	Vigilância Epidemiológica	Alimentação Sistemas	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regulação	Controle e Avaliação	Cadastro	140	140	140	140
Atenção à Saúde Ind.	Regulação	Controle e Avaliação	Alimentação de Sistemas Informatizados	140	140	140	140
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Capacitação dos Conselheiros	140	140	140	140
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Composição/Eleição Conselheiros	140	140	-527	-1193
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Deliberações/Resoluções	140	140	-193	140
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Documentação/Registros	140	140	-193	-193
Controle Social	Controle Social	Conselho de saúde	Fundamentação Legal	140	140	-193	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Contrato	Contrato de Profissionais	140	-193	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Convênios	Plano de Trabalho	140	-193	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Convênios	Prestação de Contas	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo a Fundo	Plano de Aplicação	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo a Fundo	Comprovação da Despesa	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo de Saúde	Comprovação de despesas	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo de Saúde	Gerenciamento	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo de Saúde	Prestação de Contas ao Conselho	140	140	140	140
Controle Social	Recursos Financeiros	Fundo de Saúde	Utilização de Recursos Vinculados-PAB	140	140	140	140
San. ambiental e Edificações em SI	Engenharia/Arquitetura	Equipamentos	Localização	140	140	140	140
San. ambiental e Edificações em SI	Engenharia/Arquitetura	Obras e Serviços	Acesso	140	140	140	140
San. ambiental e Edificações em SI	Engenharia/Arquitetura	Obras e Serviços	Estrutura Física	-860	-527	140	140
San. ambiental e Edificações em SI	Engenharia/Arquitetura	Obras e Serviços	Execução Física	140	140	140	140
San. ambiental e Edificações em SI	Engenharia/Arquitetura	Obras e Serviços	Instalações Prediais	-193	-193	140	140

APÊNDICE P: RECOMENDAÇÕES APÓS CONSTRUÇÃO DO MODELO

Recomendação 1
Área de Preocupação: Atenção Saúde Indígena, Controle Social, Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Todos
Indicador: De 80% a 100% de itens conformes, em qualquer um dos eixos de monitoramento.
Ações propostas:
- Registrar no Relatório Final das auditorias de saúde indígena, o percentual de conformidades encontradas, estimulando o impacto positivo e sustentável das ações e serviços que são empregadas na política.
Impacto do Descritor: Ação educativa
- Itens auditados passarão de “não-conforme” para “conforme”.
- Reforçar e disseminar boas práticas empregadas nas ações e serviços de saúde indígena, promovendo a troca de conhecimentos e a mitigação de inconformidades.

Recomendação 2
Área de Preocupação: Atenção Saúde Indígena, Controle Social, Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Todos
Indicador: Percentual de recomendações de auditorias de saúde indígena atendidas, anualmente.
Ações propostas:
- Determinar no Relatório Final das auditorias de saúde indígena, o prazo máximo para o atendimento das recomendações emitidas.
- Elaborar lista específica de recomendações emitidas nas auditorias de saúde indígena, com os prazos fixados, enviando o documento juntamente com o Relatório final aos auditados e à secretaria finalística responsável, para monitoramento trimestral, de forma que o documento seja uma ferramenta pontual, objetiva e clara das providências a serem tomadas por esses atores, facilitando a visualização e o monitoramento.
- Monitorar o atendimento das recomendações emitidas nas auditorias de saúde indígena, junto aos auditados e à Secretaria Finalística, trimestralmente.
Impacto do Descritor: Ação colaborativa
- Itens auditados passarão de “não-conforme” para “conforme”.
- Colaborar com a secretaria finalística no monitoramento das recomendações emitidas para a correção das falhas identificadas.

Área de Preocupação: Atenção Saúde Indígena, Controle Social, Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Todos

Ponto(s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Todos
Indicador: Número de auditorias de verificação de recomendações de auditorias em saúde indígena realizadas anualmente.
Ações propostas: Monitorar o atendimento das recomendações emitidas nas auditorias de saúde indígena, junto aos auditados e à Secretaria Finalística, trimestralmente. Realizar auditorias de verificação de recomendações de auditorias realizadas no ano subsequente à auditoria originária, no caso de não atendimento das recomendações pelo auditado.
Impacto do Descritor: Ação de monitoramento - Itens auditados passarão de “não-conforme” para “conforme”. - Contribuir com o auditado no entendimento da recomendação anteriormente emitida, verificando qual é o desafio que ele continua enfrentando para atender a recomendação, de forma a prestar consultoria pontual na fragilidade encontrada e posteriormente reportar à secretaria finalística para intervenção direta daquela instância na situação encontrada.

Recomendação 4
Área de Preocupação: Atenção Saúde Indígena, Controle Social, Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Todos
Indicador: Percentual decrescente de itens auditados não conformes nas auditorias de saúde indígena realizadas anualmente.
Ações propostas: 1. Realizar auditorias de saúde indígena contemplando os três eixos de monitoramento de controle interno, ampliando o número de entidades auditadas de forma equitativa por região de DSEI, de forma a atingir o maior número de ações de promoção e atenção à saúde indígena realizadas no país.
Impacto do Descritor: Ação corretiva. - Itens auditados passarão de “não-conforme” para “conforme”. - Diminuir o número de itens auditados não conformes nas auditorias de saúde indígena, contribuindo para o aperfeiçoamento da PNASPI.

Recomendação 5
Área de Preocupação: Atenção Saúde Indígena, Controle Social, Saneamento Ambiental e/ou Edificações em Saúde Indígenas
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Todos
Ponto(s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Todos
Indicador: Taxa de auditorias de saúde indígena realizadas voltadas à eficiência da gestão.
Ações propostas: Ação corretiva - Realizar auditorias de saúde indígena contemplando as áreas de gestão da PNASPI, de forma a identificar

possíveis fragilidades na gestão da saúde indígena que mereçam aprimoramento.
<p>Impacto do Descritor:</p> <p>Itens auditados passarão de “não-conforme” para “conforme”.</p> <p>Buscar a melhoria contínua da gestão da PNASPI, contribuindo para o planejamento de novas ações, implementação de ações corretivas, e o aperfeiçoamento da política.</p>

Recomendação 6
Área de Preocupação: Saneamento Ambiental e/ou Edificação da Saúde indígena.
Ponto de Vista Fundamental (PVF): Engenharia/Arquitetura.
Ponto (s) de Vista Elementar 1ª linha (PVE 1ª linha): Obras e serviços.
Ponto (s) de Vista Elementar 2ª linha (PVE 2ª linha): Estrutura Física, e Instalações Prediais.
Indicador para M10 e M20: Saírem de -193 e -110, respectivamente, para 100 com o objetivo de estar conformidade.
<p>Ações propostas:</p> <p>1. Oferecer os serviços de prestação de saúde indígena em instalações que atendam projetos de engenharia e arquitetura, com sistemas elétricos, hidráulicos, de ar condicionado, ventilação, e equipamentos médicos, considerando a segurança, a eficiência operacional e a conformidade com normas e regulamentos específicos de saúde; com a concepção de espaços físicos, que considerem aspectos como layout interno, distribuição de ambientes, acessibilidade, iluminação, conforto dos usuários, estética e funcionalidade do espaço para promover um ambiente curativo e acolhedor que atenda às necessidades da comunidade indígena.</p>
<p>Impacto do Descritor: Ação corretiva</p> <p>- Item auditado passará de “não-conforme” para “conforme”.</p> <p>- Estrutura física adequada (instalações físicas, elétricas e hidrossanitárias) e em bom estado de conservação para o atendimento da comunidade indígena.</p>

Fonte: Elaboração própria (2023).