

**ISABEL CRISTINA BERTUOL FUNK**

**CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SISTEMA  
ÚNICO DE SAÚDE: A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO  
EM MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA  
MUNICIPAL NO ESTADO DE SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS – SC**

2002

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A IMPLANTAÇÃO  
DO SERVIÇO EM MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA  
DO SISTEMA MUNICIPAL NO ESTADO DE SANTA  
CATARINA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – PPGSP do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

**Mestranda: ISABEL CRISTINA BERTUOL FUNK**

**Orientador: PROF. DR. JOÃO CARLOS CAETANO**

**Florianópolis, Santa Catarina – 2002**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**" CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A  
INPLANTAÇÃO DO SERVIÇO EM MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO  
SISTEMA MUNICIPAL NO ESTADO DE SANTA CATARINA".**

AUTORA: Isabel Cristina Bertuol Funk

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO  
TÍTULO DE:

**MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **ADMINISTRAÇÃO E PLANEJAMENTO DE  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

Prof. Dra. Vera Lúcia G. Blank  
**COORDENADORA DO CURSO**

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. João Carlos Caetano  
**(Presidente)**

Prof. Dra. Grace Marcon Dal Sasso  
**(Membro)**

Prof. Dr. Manoel Américo de Barros Filho  
**(Membro)**

Prof. Dra. Maria Helena B. Westrupp  
**(Membro)**

Prof. Dra. Elza Berger Salema Coelho  
**(Suplente)**

## AGRADECIMENTOS

Infinitas pessoas, de diversas maneiras, vêm se tornando importantes em minha vida. Pela confiança que inspiram, por uma palavra na hora necessária, um sorriso, um abraço, um conforto, uma tristeza compartilhada. No campo pessoal, no campo profissional, no dia a dia, nos momentos bons e naqueles não tão bons. Agradeço a todos com quem tenho compartilhado a vida, especialmente:

A Deus, presente em todos os meus momentos.

Aos meus filhos, Thiago e Lucas que toleraram os momentos de ausência: todo o meu amor.

Ao meu querido companheiro Funk, pelo carinho e companheirismo.

Ao meu orientador, Dr. João Carlos Caetano, pelo estímulo, disponibilidade e atenção.

A Ângela Maria Blatt Ortiga, grande amiga e incentivadora desde o início desta trajetória.

Aos meus pais Hélio e Leda, que já partiram, agradeço o estímulo para que estudássemos, os sacrifícios, os exemplos e o amor que nos dedicaram.

A minha irmã Miriam, por seu amor incondicional.

A Maria Madalena, pelo apoio no dia-a-dia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC pela oportunidade.

A todos os professores da Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, por compartilharem seu saber, em especial Dr. Alcides Rabelo Coelho.

Aos colegas da Secretaria de Estado da Saúde – DIAR/GEICO e GEDUA que me apoiaram.

Aos Secretários Municipais de Saúde e funcionários responsáveis pelos setores de Controle e Avaliação e de Auditoria das Secretarias Municipais, que disponibilizaram seu tempo e facilitaram o acesso às informações.

## SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS .....	..ii
SUMÁRIO .....	..iii
RESUMO .....	..v
ABSTRACT .....	..vi
LISTA DE SIGLAS .....	vii
LISTA DE QUADROS .....	viii
LISTA DE GRÁFICOS .....	..ix
INTRODUÇÃO .....	01
1 OBJETIVOS .....	05
1.1 Objetivo geral .....	05
1.2 Objetivos específicos .....	05
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	06
2.1 Contextualização cronológica das políticas de saúde no Brasil .....	06
2.2 As Normas Operacionais Básicas do SUS .....	11
2.3 Controle, Avaliação e Auditoria .....	19
2.3.1 Aspectos conceituais .....	20
2.3.2 Aspectos legais e de organização .....	25
3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA EM SANTA CATARINA .....	32
4 A HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM SANTA CATARINA .....	35
5 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	38
5.1 Referencial teórico-metodológico .....	38
5.2 Tipo de Estudo .....	39
5.3 Descrição das categorias em estudo .....	40
5.4 Fontes de Dados .....	42
5.5 Plano amostral .....	42
5.6 Técnicas e procedimentos .....	45
5.6.1 Tratamento dos dados .....	47
5.7 Considerações éticas .....	48
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	49
6.1 Habilitação/Formalização .....	49
6.1.1 Joinville .....	50
6.1.2 Rio do Sul .....	52

6.1.3 Concórdia .....	53
6.1.4 São Bento do Sul.....	55
6.1.5 Imbituba.....	56
6.2 Estrutura dos serviços de controle, avaliação e auditoria.....	58
6.2.1 Área Física .....	58
6.2.2 Equipe de controle, avaliação e auditoria.....	58
6.2.3 Recursos materiais.....	60
6.2.4 Disponibilidade de informação nos serviços.....	60
6.2.5 Inserção no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.....	61
6.2.6 Plano de carreira, cargos e salários .....	61
6.2.7 Qualificação dos profissionais .....	62
6.2.8 Atividades desenvolvidas .....	62
6.2.8.1 Atividades de controle e avaliação .....	63
6.2.8.2 Auditoria .....	65
6.3 Percepção dos gestores e responsáveis pelos serviços municipais .....	66
6.3.1 Definição de controle, avaliação e auditoria .....	67
6.3.2 Elaboração da documentação necessária à habilitação.....	68
6.3.3 Assessoria técnica e capacitação para as ações .....	68
6.3.4 Dificuldades para a atuação .....	70
6.3.5 Recursos disponíveis .....	70
6.3.6 Seleção dos profissionais.....	71
6.3.7 A percepção dos gestores e responsáveis pelos serviços sobre o grau de importância das atividades desenvolvidas .....	71
6.3.8 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde.....	73
6.4 Questões aplicadas especificamente aos responsáveis pelos serviços.....	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	84
APÊNDICES.....	89
ANEXOS .....	97

## RESUMO

FUNK, Isabel Cristina Bertuol. **Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a implantação do serviço em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal – SC.** Florianópolis, 2002, p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

Uma nova política de atenção à saúde vem sendo implantada no Brasil, a partir do movimento de Reforma Sanitária, que culminou em importantes transformações, reveladas através da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde. A ótica da assistência modifica-se, preconizando avanços significativos no acesso dos cidadãos às ações e serviços. Na organização do sistema, são lançadas as premissas de descentralização e hierarquização, distribuindo poderes e responsabilidades e fortalecendo o poder de decisão das instâncias municipais. Nesse contexto, as ações de controle, avaliação e auditoria evoluem da conotação investigativa e contábil, e vêm a se constituírem em importantes ferramentas de gestão, administração e planejamento da saúde. A medida em que se amplia a autonomia de Estados e Municípios, aumentam suas responsabilidades. Com a implantação da Norma Operacional Básica do SUS 01/96, são propostas duas novas formas de gestão municipal, e dentre as suas premissas se estabelece a necessidade de organização de serviços municipais de controle, avaliação e auditoria. Este trabalho procurou descrever como ocorreu este processo em cinco municípios do Estado de Santa Catarina, habilitados na Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. Foi realizada pesquisa documental junto à Secretaria de Estado da Saúde, verificando o cumprimento dos quesitos necessários à habilitação, a partir da publicação da NOB/SUS 01/96 especificamente na estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria. Em visita aos municípios, foram pesquisados a estruturação dos serviços, em relação a recursos humanos e materiais, os processos de trabalho. Através de entrevistas com os gestores municipais e com os responsáveis pelos serviços, foram levantadas a percepção dos mesmos quanto a importância do setor, as dificuldades para o cumprimento das ações propostas, e as necessidades sentidas para o seu fortalecimento. Foi constatado que os municípios cumpriram as determinações legais para habilitação à NOB/SUS/01/96. Em relação aos serviços instalados, foi evidenciado a necessidade de ampliação do quadro de pessoal, treinamento e capacitação dos mesmos e maior clareza no desempenho de suas atribuições. Os serviços de controle, avaliação e auditoria foram considerados pelos atores envolvidos, elementos imprescindíveis para o sucesso da gestão municipal de saúde, embora em alguns casos, não sejam disponibilizados os elementos estruturais necessários ao seu desenvolvimento. No desempenho das atividades pertinentes a controle, avaliação e auditoria pelas secretarias municipais, percebe-se uma evolução gradual da incorporação dos componentes desta atividade, não estando implantada em sua totalidade.

Palavras chave: habilitação, controle, avaliação, auditoria.

## ABSTRACT

A new policy to approach healthcare is being implemented in Brazil, derived from the Sanitary Reform Act, that resulted in important changes demonstrated in the 1988 Federal Constitution and in the Organic Law of Health. The focus of healthcare has changed, with more emphasis in the significant advances in public access to health services and actions. The system was organised with the premise to further decentralise the administration and establish a new hierarchy, where more responsibility and power was delegated to increase the decision making ability at the level of the municipalities. In this context, actions to control, evaluate and audit the system evolve from the merely investigational and accounting aspect, to become important tools in the administration and planning of healthcare. As the autonomy of States and Municipalities increase, so do their responsibilities. The implementation of the Basic Operational Norm of the Unified Healthcare System in 01/96 (NOB/SUS/01/96) proposes two forms of municipal administration: *Full Administration of the Municipal System* and *Full Administration of Basic Attention*. Both forms of administration emphasize the necessity to establish a municipal service to control, evaluate and audit the system. The present study attempts to describe the development of this new system in five municipalities in the state of Santa Catarina, in which *Full Administration of the Municipal System* was adopted. A research of documents from the State Secretary of Health was carried out, in order to verify that all prerequisites for credentialing were fulfilled, with attention directed particularly to the structure of the municipal component of the National Auditing System. Municipalities were visited in order to assess the structure of services, and their relationship to human resources, materials and their working processes. Municipal administrators and personal in charge of services were interviewed, regarding their perceptions of the importance of their respective sectors, the difficulties to comply with the proposed actions, and what they perceived as necessary for their strengthening. All municipalities were found to be in compliance with the legal requirements for credentialing for NOB/SUS/01/96. Regarding the services available, it became apparent that there was a need for more personnel, improved training and habilitation, and greater clarity in the definition and performance of their functions. Services to control, evaluate and audit the system were considered of utmost importance for a successful municipal administration of healthcare, although in some cases the basic structure necessary for their operation was not available. The performance of pertinent control, evaluation and audit functions by the municipal health secretaries has gradually evolved to incorporate new and important components of this function, confirming it as an important tool for the municipal administration of healthcare.

Key words: credentialing, control, evaluate, audit.

## LISTA DE SIGLAS

AIH .....	Autorização de Internação Hospitalar
AMUNESC .....	Associação dos Municípios do Nordeste de Santa Catarina
CiB .....	Comissão Intergestores Bipartite
CIT .....	Comissão Intergestores Tripartite
CMS .....	Conselho Municipal de Saúde
DATAPREV .....	Empresa de Processamento de Dados do Ministério da Previdência e Assistência Social
DATASUS .....	Departamento de Informática do SUS
DIAR.....	Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde
GEDUA.....	Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais
IBGE.....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NOB.....	Norma Operacional Básica
PAB .....	Piso de atenção Básica
PBVS.....	Piso Básico de Vigilância Sanitária
PDAVS .....	Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária
PMS.....	Plano Municipal de Saúde
PPI.....	Programação Pactuada Integrada
SADE.....	Serviço de Atendimento à Demanda Espontânea
SADT.....	Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
SES .....	Secretaria de Estado da Saúde
SIA/SUS .....	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH/SUS .....	Sistema de Informação Hospitalar
SIM .....	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC.....	Sistema de Informação Nascidos Vivos
SNA .....	Sistema Nacional de Auditoria
SUS .....	Sistema Único de Saúde
UNAC .....	Unidade de Acompanhamento de Cartas aos Usuários do SUS
TFGM .....	Teto Financeiro Global Municipal

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Responsabilidades dos municípios habilitados à NOB/SUS/01/96 conforme tipo de gestão .....	14
Quadro 2 - Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, com população, condição prévia de gestão, data e portaria de habilitação na NOB/SUS/01/96 (2000) .....	43
Quadro 3 - Estratificação dos municípios habilitados na NOB/SUS/01/96, por população e condição prévia de gestão .....	44
Quadro 4 - Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Joinville.....	51
Quadro 5 - Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Rio do Sul.....	53
Quadro 6 - Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Concórdia .....	54
Quadro 7- Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de S.B.Sul .....	55
Quadro 8 - Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Imbituba.....	57
Quadro 9 – Atividades mais importantes segundo gestores e responsáveis pelos serviços.....	72

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de municípios de Santa Catarina habilitados conforme tipo de gestão - 2000 .....	36
Gráfico 2 – População percentual de Santa Catarina segundo o tipo de habilitação dos municípios.....	37
Gráfico 3 – Componentes das equipes 1898 -2000 .....	60
Gráfico 4 – Assessoria recebida pelos municípios para implantação do serviço de controle, avaliação e auditoria.....	69
Gráfico 5 – Responsabilidade pela capacitação conforme gestores e responsáveis .....	69
Gráfico 6 – Responsabilidade da SES pela capacitação conforme gestores e responsáveis.....	70
Gráfico 7 - Situação dos recursos humanos na percepção de gestores e responsáveis .....	71
Gráfico 8 – Atividades consideradas mais importantes por número de citações .....	73

## INTRODUÇÃO

As rápidas modificações que a sociedade contemporânea vivencia, conduzem à reflexão sobre os fatores envolvidos neste processo. Direcionando a atenção ao setor saúde, percebe-se hoje modificações sucessivas nas políticas e a constante modernização no setor, traduzida em novas tecnologias, sejam elas relativas a métodos diagnósticos apurados ou avançadas alternativas de intervenção. Por outro lado, e na contramão deste processo, o acesso da população a esta gama de recursos não avança na mesma proporção, demonstrando, ao contrário, um estreitamento gradual, permeado pelas dificuldades sócio-econômicas que a população enfrenta. Da mesma forma, a hegemonia da prática curativa parece se perpetuar sobre a educação e a prevenção em saúde.

Para Mendes (1998), mundialmente, a crise nos serviços de saúde manifesta-se em quatro dimensões principais: a **ineficiência**, percebida no constante e incontrolável aumento dos custos dos serviços de saúde, a **ineficácia**, cuja dimensão é dada pela falta de correspondência entre o incremento dos gastos em serviços de saúde e o impacto nos padrões sanitários das populações; a **iniquidade**, que se materializa, seja na Lei da Atenção Inversa de Hart, que afirma que a disponibilidade de atenção médica tende a variar inversamente com as necessidades da população, seja na distribuição relativa dos indicadores sociais entre regiões e grupos sociais. A quarta dimensão diz respeito à generalizada **insatisfação** dos usuários, não havendo relação entre estes índices e os gastos em saúde.

Nesse panorama, as políticas públicas, ao longo de suas modificações, não dão conta de superar a defasagem entre as necessidades da população e a oferta de serviços, seja pelo aporte insuficiente de recursos, seja pela inadequação na sua utilização, freqüentemente desconsiderando as necessidades reais, os dados epidemiológicos da população e conseqüentemente, suas prioridades, bem como as dificuldades para a utilização de instrumentos adequados de avaliação no planejamento de suas ações.

Na aplicação prática das normas previstas nas políticas de saúde, as atividades de controle e avaliação, se constituem em instrumentos básicos na gestão de serviços de saúde e adquirem confiabilidade na medida em que agregam

conceitos e abrangência ampliados como a qualidade do serviço prestado, a satisfação do usuário e sua possibilidade de participação neste processo e a análise de dados epidemiológicos no planejamento.

A OMS apud Santa Catarina (1996, p.20) define que:

Os objetivos da avaliação no processo de desenvolvimento dos sistemas de saúde são: melhorar os programas e os serviços que os executam e orientar a distribuição de recursos humanos e financeiros entre os serviços atuais e futuros. A avaliação deve ser empregada de maneira construtiva e não para justificar ações anteriores ou simplesmente para descobrir os defeitos destas. É essencial que a avaliação seja concebida como um instrumento de adoção de decisões e que esteja estritamente vinculada a este processo, seja no aspecto puramente prático (imediatista), seja na fixação de políticas (a mais longo prazo).

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, a promulgação da Constituição da República e a edição das Leis 8080/90 e 8142/90, são normatizados os pressupostos do Sistema Único de Saúde, que se constituem em importante modificação da política de saúde, tendo como premissas fundamentais: a universalização do acesso, onde todo o cidadão passa a ser atendido nos serviços públicos de saúde existentes, que até então atendiam parte da população; a integralidade da assistência, compreendendo o cidadão como um todo e atendido em todos os níveis de suas necessidades de saúde; a equidade, procurando ajustar as ações às diferentes necessidades; a descentralização das ações e responsabilidades, com direção única em cada esfera de governo; e a participação popular (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

A descentralização prevê um ordenamento no setor saúde, redistribuindo poderes, atribuições e responsabilidades entre as três esferas de governo. Essa conduta vem beneficiar o usuário do sistema, na medida em que decisões e condutas dos gestores se aproximam das distintas necessidades de diferentes realidades locais. Além disso, ao incluir a participação popular, amplia o poder de atuação do usuário, no controle e avaliação dos serviços e ações de saúde.

No entanto, este processo não está concluído. As dificuldades nacionais e aquelas próprias da crise econômica mundial, o afetam de inúmeras formas, limitando a concretização dos preceitos colocados, essencialmente por questões político-financeiras.

Na ótica da descentralização, através de legislação específica, são regulamentados os diferentes modos de organização mediante os quais municípios, estados e união devem se organizar. No tocante aos municípios, que serão objetos deste estudo, verifica-se dentre as exigências, a implantação de estruturas mínimas de controle, avaliação e auditoria, para que possam assumir determinadas condições de gestão, que vão gerar diferentes graus de autonomia e aporte regular de recursos.

A legislação do Sistema Único de Saúde, tem nas Normas Operacionais Básicas - NOBs, editadas pelo Ministério da Saúde em 1991, 1992, 1993 e 1996 seus mecanismos de implementação e operacionalização. As NOBs 01/93 e 01/96 dentre outras premissas, estabelecem modelos de gestão a serem assumidos por estados e municípios, com diferentes graus de autonomia e, conseqüentemente, de responsabilidade no gerenciamento do setor saúde, com suas ações e serviços pertinentes (BRASIL, 1991, 1992, 1993a, 1996).

A NOB/SUS/01/93 já explicita para os municípios, os requisitos relacionados ao controle e avaliação, além da exigência de médico autorizador de AIH - Autorização de Internação Hospitalar, sem vínculo com o sistema.

A NOB/SUS/01/96, na medida em que avança em relação ao grau de autonomia da gestão municipal, amplia as exigências relativas ao controle e avaliação, estabelecendo como requisito a estruturação de componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria.

A pouca disponibilidade de estudos relativos ao assunto em nível nacional, justifica a elaboração deste estudo.

O interesse por este tema se constrói ao longo de minha atuação profissional junto à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, inicialmente na Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais onde, entre as atribuições, eram analisadas a infra-estrutura e a documentação necessária à habilitação dos municípios para as diferentes formas de gestão, incluindo a implantação das Normas Operacionais Básicas - NOB 01/93 e NOB 01/96. Nestas, se evidenciavam as necessidades do setor, face à premissa de descentralização, de uma nova forma de estruturação e atuação (BRASIL, 1993a, 1996).

Posteriormente, desenvolvendo atividades profissionais na Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde, Gerência de Inspeção e Controle, se apresenta a atuação do nível estadual no tocante a Controle, Avaliação e Auditoria,

sua interface com o nível municipal, as diferentes responsabilidades e os limites de cada esfera, o que suscita dúvidas, e a necessidade de aprofundar o tema.

Nesse contexto, a pesquisa analisou de que forma os pressupostos relativos ao controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde, vêm se modificando, através da ótica da descentralização, culminando com as diretrizes previstas na NOB/SUS 01/96, e especificamente nos municípios que assumiram um modelo de gestão mais abrangente, com maior autonomia – Gestão Plena do Sistema Municipal - se responsabilizando pelas ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. A ênfase recai essencialmente na formalização dessas instâncias, caracterizada pela estruturação no nível municipal, dos mecanismos de controle, avaliação e auditoria e a percepção dos gestores municipais de saúde acerca deste processo.

O Estado de Santa Catarina encontra-se hoje com 20 municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal, que configuram o universo da pesquisa por vivenciarem uma situação que lhes confere autonomia para gerir os recursos financeiros destinados à saúde, e que, por outro lado, reforça a responsabilidade de avaliar e controlar serviços, custos e resultados.

Na organização do trabalho, apresentamos primeiramente uma revisão bibliográfica, iniciando pela contextualização cronológica das políticas de saúde no Brasil, a partir do início do século XX, até a implantação do Sistema Único de Saúde. Controle, avaliação e auditoria, são apresentados em seus aspectos conceituais, legais e organizacionais, evidenciando sua inserção no Sistema Único de Saúde e, especificamente, as determinações das Normas Operacionais Básicas do SUS para sua operacionalização.

A habilitação dos municípios de Santa Catarina de acordo com a Norma Operacional Básica do SUS 01/96 é descrita, com enfoque nos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal que foram objeto do estudo.

Finalmente, são descritos os resultados obtidos no desenvolvimento do trabalho e são apresentadas as considerações finais.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 Objetivo geral**

Descrever a implantação dos Sistemas Municipais de Controle e Avaliação e Auditoria em municípios do Estado de Santa Catarina que aderiram à Gestão Plena do Sistema Municipal a partir da NOB/SUS/01/96.

### **1.2 Objetivos específicos**

Caracterizar os aspectos legais relacionados à criação dos sistemas municipais de controle e avaliação.

Relatar a estrutura implantada no que se refere a recursos humanos e materiais, comparando-a com as exigências legais.

Analisar a percepção dos gestores em relação aos serviços e a operacionalização dos conceitos de controle, avaliação e auditoria nos serviços implantados.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para um embasamento teórico que desse suporte à proposta, julgou-se importante percorrer os seguintes eixos temáticos na revisão bibliográfica:

- Políticas de saúde no Brasil – contextualizando a trajetória do sistema de saúde a partir do início do século XX, até a implantação do Sistema Único de Saúde e as Normas Operacionais Básicas;
- Controle, avaliação e auditoria - explicitando seus aspectos conceituais, a legislação relativa à criação do Sistema Nacional de Auditoria e às atribuições pertinentes aos três níveis de governo: Federal, Estadual e Municipal.

### 2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO CRONOLÓGICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Percorrendo a trajetória histórica da saúde no século XX, constata-se no Brasil, políticas vinculadas aos interesses das classes dominantes, tentando proteger a mão-de-obra dos agravos à saúde que incorressem em prejuízo para a produção.

× Segundo Mendes (1995) a primeira metade do século se caracteriza pelo modelo econômico agro-exportador, onde a principal exigência para o sistema de saúde era uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e o controle ou a erradicação de doenças que pudessem prejudicar as exportações, onde se configura como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista.

× Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, que vem ampliar a atuação centralizadora do Estado, agregando para si as atribuições de saneamento rural e urbano, propaganda sanitária, higiene infantil, industrial e profissional, supervisão e fiscalização de saúde dos portos e combate às endemias rurais.

× Com a promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, surge a previdência social no Brasil. São instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPS, inicialmente para a categoria dos ferroviários, seguida pelos portuários e marítimos. Previa atendimento médico aos filiados, extensivo aos seus dependentes.

+ Na década de 30, é estabelecida nova legislação trabalhista, estendendo aos assalariados urbanos os benefícios da previdência. Os Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAPs agrupam então os segurados por categoria profissional. Enquanto nos anos 20 a assistência médica era atribuição central, permanente e obrigatória das CAPs, no período dos IAPs, coloca-se como função provisória e secundária. Mendes (1995).

Identifica-se a partir dos anos 30, uma política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. Passaria esta, a predominar como política estatal a partir da segunda metade da década de 60. O período caracteriza-se pelas políticas centralizadoras. Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública -SESP, com função de prestar assistência aos trabalhadores da Amazônia, envolvidos na produção da borracha.

Conforme Caleman (1995), com o crescimento industrial na década de 50, incrementando a população urbana e assalariada, aumenta a necessidade de assistência médica a ser prestada pelos IAPs. O maior deles, o IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários) define como se dará a prestação de serviços: através da contratação de serviços de terceiros (modelo privatizante) e da priorização para internações hospitalares (modelo hospitalocêntrico). Em 1967, a partir da unificação dos IAPs é criado o INPS -Instituto Nacional de Previdência Social, que vem consolidar o modelo proposto, mantendo como características: ser restritivo (a necessidade é maior que a disponibilidade de recursos), privatizante, hospitalocêntrico, centralizado a nível de governo federal.

Afirma o autor acima referido que esta centralização, vem proporcionar a sustentação do modelo hegemônico de assistência médico-hospitalar com aumento crescente da participação desta assistência sobre o valor da receita da previdência social, aumento na compra de internações no setor privado, estímulo à criação de empresas de medicina de grupo, financiamento para a iniciativa privada visando a construção de hospitais que seriam credenciados, pagamento de serviços por Unidades de Serviços, empresariamento dos serviços sem fins lucrativos que passam a não receber pelo atendimento à população não previdenciária.

O Ministério da Previdência e Assistência Social é criado em 1974 vindo a consolidar a hegemonia da Previdência Social. Neste mesmo ano, o Plano de Pronta Ação é proposto, permitindo o atendimento ambulatorial pelo setor privado, gerando aumento nos gastos médicos-previdenciários, com um controle de pagamento por

unidade de serviço considerado falho, pois possibilita a fraude (cobrança de consultas inexistentes).

✕ Em 1977, diante da crise da assistência médico hospitalar, é criado o Sistema Nacional de Controle e Pagamento de Contas Hospitalares, que passam a ser realizadas mediante análise e confronto com um “gabarito” por patologia (GIH – Guia de Internação Hospitalar). Foram estabelecidos mecanismos de contenção de gastos através de metas físicas, índices e parâmetros, limitando novos credenciamentos. Como estas medidas não surtiram os efeitos esperados, em 1978 cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social. O setor é reorganizado entre diversos órgãos, dentre eles o INAMPS.

Na década de 70, um marco importante se refere às modificações que passam a ocorrer, com o despertar do movimento que vem a se constituir na Reforma Sanitária. Exacerbam-se os sinais de falência do modelo vigente, concentrador de renda e avesso a distribuição de benefícios sociais. Data de meados desta década, o surgimento do movimento sanitário, que denuncia os efeitos deste modelo econômico sobre a saúde da população, ao mesmo tempo em que formula propostas de transformações no sistema de saúde.

Conforme Inojosa (1996), o Movimento de Reforma Sanitária questionava a situação vigente, criticando os resultados do INAMPS, particularmente em relação à efetividade de prestação de assistência médica de caráter curativo e à sua ineficiência, com aumento crescente nos recursos utilizados e no desperdício através de fraudes na compra de serviços.

Nos anos 80, conforme Caleman (1995,p.14) é criado o Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária – CONASP, “com o objetivo principal de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de assistência à saúde, indicar necessária alocação de recursos e de propor medidas de avaliação e controle para o sistema de assistência médica”.

Médici apud Felisbino e Nunes (2000), relata que a criação do CONASP se deve também à crise econômica de 1982, a qual, em função da queda dos gastos com a saúde, levou a administração do INAMPS a pensar em estratégias de racionalização dos programas, ações e custos da assistência médica. Sua missão básica consistia em estabelecer regras gerais de funcionamento para que o sistema fosse mais racional no uso de recursos e mais efetivo na cobertura populacional e na resolutividade de seus atos.

Uma nova forma de pagamento de contas hospitalares é proposto através da implantação da Autorização de Internação Hospitalar em 1982. Paralelamente, o Governo Federal celebra convênios com Estados e Municípios, visando otimizar a utilização de rede pública instalada, articulando e integrando o planejamento de suas ações. Da mesma forma, a nível ambulatorial, o pagamento passa a ocorrer por procedimento, estabelecendo-se a UCA – Unidade de Cobertura Ambulatorial. O setor é informatizado através da criação da DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados do Ministério da Previdência e Assistência Social. (Rodriguez, 1994,p.10).

Ao mesmo tempo, implantam-se as Ações Integradas de Saúde, celebrando convênios com estados e municípios, estimulando-os a utilizar a capacidade instalada de suas instituições, ociosas à época.

As Ações Integradas de Saúde representaram, pela primeira vez, a possibilidade de que as instituições públicas de saúde se conhecessem mutuamente e comesçassem a fazer um planejamento mais articulado a até mesmo integrado. Propiciaram também a criação das Comissões Inter-institucionais de Saúde – CIS e CIMS, que acabaram por se constituírem na semente dos atuais conselhos de saúde, assim como foram a base para a implantação, mais à frente, dos SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, fase anterior à implantação do SUS. Rodriguez (1994, p.10).

Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que, segundo Mendes (1996, p.62), se configura no evento político-sanitário mais importante da década. Afirma o autor:

A VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve desdobramento imediato num conjunto de trabalhos técnicos, desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, passou, com sua doutrina, expressa em seu relatório final, a constituir-se no instrumento que viria a influir de forma determinante em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: um, no Executivo, a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde; outro, no Congresso Nacional: a elaboração da nova Constituição Federal.

As recomendações constantes no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, são encaminhadas como propostas para compor o novo texto constitucional no que se refere à saúde, sintetizando um pensamento democrático, pelo fato de ter contado com a participação de segmentos diversos de população.

A Constituição Federal de 1988 afirma então, em seu artigo 196, que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” e descreve em seu texto a organização do novo sistema de saúde, suas diretrizes e competências. Constitucionalmente estava criado o Sistema Único de Saúde. (BRASIL,1988).

A Lei Orgânica da Saúde, que viria a organizar o funcionamento do sistema disposto na Constituição Federal, é aprovada somente em 1990. Em 19 de setembro de 1990, é editada a Lei N.º 8080, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Nela são evidenciados os objetivos do SUS (Sistema Único de Saúde), suas áreas de atuação, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competências, atribuições e financiamento (BRASIL,1990 a).

Em 28 de dezembro de 1990, a Lei nº 8142, vem dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, entre outras providências (BRASIL, 1990b).

Modifica-se então, a ótica do atendimento ao segurado, através de afirmação dos princípios de universalidade de acesso, integralidade e equidade. São priorizadas a organização regionalizada e a descentralização político-administrativa com direção única nas três esferas de governo.

De 1990 até os dias atuais, o sistema vem sofrendo sucessivos recuos e avanços, e sua implantação ocorre gradativamente, permeada por incontáveis dificuldades, por processos de ajuste e adequação (emissão periódica de legislação) e por novos desafios.

A legislação no setor saúde é dinâmica. Portarias e outras normativas são emitidas constantemente, visando o aprimoramento do sistema. Dentre estas, as Normas Operacionais Básicas, periodicamente editadas, que buscam estabelecer formas de organização do sistema, orientando o processo de descentralização, os mecanismos de repasses financeiros entre as três instâncias governamentais, e às diferentes responsabilidades destas.

## 2.2 AS NORMAS OPERACIONAIS BÁSICAS DO SUS

Como Instrumentos de operacionalização e organização do sistema, as Normas Operacionais Básicas incluem em suas determinações as exigências relacionadas ao controle, avaliação e auditoria.

Descrevemos em linhas gerais os assuntos tratados por Norma, especificando suas diretrizes no que se refere a controle, avaliação e auditoria, incluindo a Norma Operacional de Assistência à Saúde, datada de 27 de fevereiro de 2002, e destacando com maior detalhamento a Norma Operacional Básica 01/96.

A Norma Operacional Básica Nº 01/91 (editada pelo INAMPS) fornece instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Estabelece aspectos de natureza operacional e aqueles necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela constituição, como também do controle, acompanhamento e fiscalização na aplicação dos recursos. Estabelece mecanismos de repasse automático e direto de recursos de custeio do SUS para os municípios, mediante o cumprimento de requisitos pré-estabelecidos (BRASIL,1991).

A Norma Operacional Básica 01/92, avança na definição dos papéis dos gestores nas três esferas de governo, e apresenta mais detalhadamente as atividades do nível federal sobre controle e avaliação, e a implementação do seu sistema de auditoria. Ao mesmo tempo, inclui as atividades de competência dos municípios e estados, destacando que "controle e avaliação são atividades de responsabilidade primária dos municípios" (BRASIL,1992).

Luchese, citado por Ortiga (1999) destaca que estas normas se caracterizam por transformar os serviços de natureza pública, tanto estaduais como municipais, em prestadores ressarcidos conforme a produção, além de possibilitar o relacionamento direto do Ministério da Saúde com as Secretarias Municipais através de convênios de municipalização.

Em 1993, é editada a Norma Operacional Básica 01/93. Considerando que municípios, estados e órgãos do Ministério da Saúde encontravam-se em diferentes estágios em relação à descentralização, esta norma vem definir procedimentos e instrumentos operacionais visando ampliar e aprimorar suas condições de gestão, efetivando o comando único do SUS nas três esferas de governo (BRASIL,1993a).

Estabelece as formas de financiamento e propõe sistemáticas de relacionamento entre as esferas de governo. Os municípios passam a assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no seu âmbito.

Para os municípios são propostas três formas de gestão, de acordo com as diferentes situações de gestão até então alcançadas:

- Incipiente: tendo por requisitos dispor de Conselho Municipal de Saúde, Fundo Municipal de Saúde, **condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços, dispor de médico para autorizar as AIHs do município.**

- Parcial: **além dos supra citados**, apresentar Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão atualizados, comprovar à Comissão Intergestores Bipartite a contrapartida de recursos próprios do tesouro municipal para a saúde e a existência de comissão para elaboração de Plano de Carreira, Cargos e Salário para a saúde do município, ou o mesmo já elaborado.

- Semi-plena: Nesta condição de gestão, o município passa a assumir a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços e recebe o total de recursos financeiros para custeio correspondente aos tetos hospitalar e ambulatorial estabelecidos. **Além dos requisitos necessários às outras condições**, deve apresentar à Comissão Intergestores Bipartite termo de compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde as metas propostas para um ano, submetendo àquela Comissão os indicadores de resultados com que se compromete ser avaliado. Comprometem-se ainda a manter registro e remessa de dados para manutenção a atualização dos bancos de dados existente ou que venham a ser criados.

A Secretaria de Estado da Saúde coordenou o processo de habilitação dos municípios à esta norma, fundamentalmente através da Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais.

Em 1996, é lançada a NOB/SUS/01/96 (BRASIL,1996), que aponta para a reordenação do modelo de atenção à saúde, redefinindo:

- os papéis de cada esfera do governo, especialmente no que se refere à direção única;
- os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus papéis de gestores do SUS;
- os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas;
- **a prática de acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos e valorizando resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade;**
- **os vínculos dos serviços com seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle sociais (BRASIL,1996 – grifo nosso).**

Segundo a portaria 2203/96, de 05 de novembro de 1996, redefinindo o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, a NOB/SUS/01/96, constitui, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população, e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de governo (BRASIL,1996).

Com relação ao âmbito municipal, com o advento da NOB/SUS/01/96, o estado, enquanto mediador do processo de habilitação, orienta os municípios acerca dos requisitos necessários, incluindo a instalação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria. Dentre os requisitos previstos, os municípios passam então a elaborar suas leis de criação do sistema municipal de controle, avaliação e auditoria, bem como as respectivas portarias de nomeação das equipes.

Dentre as premissas, devem os gestores estaduais e municipais garantir a alimentação dos bancos de dados nacionais, que se constituem em instrumentos essenciais ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria.

As ações de auditoria analítica e operacional, sendo responsabilidade das três esferas de governo, exigem que se estruturem os respectivos órgãos de

avaliação, controle e auditoria. Devem ainda, definir os recursos e adequada metodologia de trabalho, os instrumentos necessários para a realização das atividades, consolidar informações necessárias, analisar dados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração. As ações de controle, devem priorizar os procedimentos técnicos e administrativos prévios à realização de serviços e à ordenação dos respectivos pagamentos, enfatizando a garantia da autorização de internações e procedimentos ambulatoriais, tendo como critério fundamental a necessidade do usuário.

Duas modalidades de gestão municipal são propostas: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal, com diferentes responsabilidades, requisitos e prerrogativas, conforme demonstrado no quadro a seguir (destacamos em negrito os requisitos de controle, avaliação e auditoria).

**Quadro 1 – Responsabilidades dos municípios habilitados à NOB/SUS/01/96 conforme tipo de gestão**

<b>RESPONSABILIDADES GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>RESPONSABILIDADES GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL</b>
Elaboração de programação dos serviços básicos e proposta de referência ambulatorial especializada e hospitalar.	Elaboração de toda a programação municipal, incluindo referência ambulatorial especializada e hospitalar.
Gerência de unidades ambulatoriais próprias.	Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
Gerência de unidades ambulatoriais do estado ou da União, salvo deliberações da CIT ou CIB	Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado ou União, salvo deliberação CIT ou CIB
Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas) introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS	Reorganização das unidades sob gestão pública (estatais, conveniadas e contratadas) introduzindo a prática do cadastramento nacional dos usuários do SUS
Prestação de serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB e acompanhamento, no caso de referência interna ou externa ao município dos demais serviços prestados, conforme a PPI.	Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive referência aos não residentes, no caso de referência interna ou externa ao município dos demais serviços prestados, conforme a PPI.
	Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos aos seus municípios e à referência intermunicipal.
<b>Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB.</b>	<b>Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares cobertos pelo TFGM.</b>
	<b>Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e de procedimentos hospitalares de alta complexidade, conforme PPI.</b>
Operação do SIA/SUS quanto aos serviços cobertos pelo PAB e alimentação junto à SES, dos bancos de dados de interesse nacional.	Operação do SIH e SIA/SUS e alimentação junto à SES dos bancos de dados de interesse nacional.

**Quadro 1 – Responsabilidades dos municípios habilitados à NOB/SUS/01/96 conforme tipo de gestão**

Autorização das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados realizados no município, que continuam sendo pagos por produção de serviços.	
Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão.	Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão.
Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde de seus municípios e sobre o meio ambiente	Avaliação permanente do impacto das ações do sistema sobre as condições de saúde de seus municípios e sobre o meio ambiente
Execução de ações básicas de vigilância sanitária, incluídas no PBVS	Execução de ações básicas, de média e alta complexidade de vigilância sanitária, bem como ocasionalmente as ações do PDAVS
Execução de ações básicas de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violência e outras, incluídas no TFECD	Execução de ações de epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violência e outras, incluídas no TFECD.
Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo CMS.	

Fonte: NOB/SUS/01/96

Com vistas a habilitação em uma das condições de gestão, os municípios deveriam comprovar sua capacidade de assumir as responsabilidades previstas, através do cumprimento dos seguintes requisitos (destacamos em negrito os requisitos mais específicos de controle, avaliação e auditoria):

**A) Gestão Plena da Atenção Básica:**

- Comprovar funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e operação do Fundo Municipal de Saúde.
- Apresentar Plano Municipal de Saúde e comprometer-se a participar da elaboração e implementação da PPI no estado, bem como da alocação de recursos expressa na programação.
- **Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão.**

- Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal.
- Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos necessários.
- **Disponer de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.**
- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- Comprovar a capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância epidemiológica.
- **Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, profissionais e serviços realizados.**

B ) Gestão Plena do Sistema Municipal:

- Comprovar funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e operação do Fundo Municipal de Saúde.
- Participar da elaboração e implementação da PPI do Estado, e da alocação de recursos expressa na programação
- **Comprovar capacidade técnica e administrativa e condições materiais para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, pagamento, controle e auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do sistema sobre a saúde dos seus municípios.**
- Comprovar a dotação orçamentária do ano e o dispêndio realizado no ano anterior, correspondente à contrapartida de recursos financeiros do Tesouro Municipal.
- Formalizar junto ao gestor estadual, com vistas à CIB, após aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde, o pleito de habilitação, atestando o cumprimento dos requisitos necessários.

- **Dispor de médico formalmente designado como responsável pela autorização prévia, controle e auditoria dos procedimentos e serviços realizados.**
- Apresentar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que deve conter as metas estabelecidas, a integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na programação integrada do estado, incluindo detalhamento da programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal, bem como os indicadores mediante os quais será efetuado o acompanhamento.
- Comprovar o funcionamento de serviço estruturado e capacidade para o desenvolvimento de ações de vigilância sanitária.
- Comprovar a estruturação dos serviços e atividades de vigilância epidemiológica e de controle de zoonoses.
- Apresentar o relatório de gestão do ano anterior à solicitação do pleito, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Assegurar a oferta, em seu território, de todo elenco de procedimentos cobertos pelo PAB e, adicionalmente, de serviços de apoio diagnóstico em patologia clínica e radiologia básicas.
- **Comprovar a estruturação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).**
- **Comprovar a disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, profissionais e serviços realizados (BRASIL, 1996 – grifo nosso).**

A NOB/SUS 01/96 veio impulsionar de maneira importante o processo de descentralização. Na medida em que ampliou os repasses fundo a fundo, e vinculou a transferência de verbas federais para atenção básica aos municípios baseada em valores *per capita* e não mais por produção, estimulou o fortalecimento das estruturas municipais de gestão, para que dêem conta das novas atribuições e responsabilidades. Percebe-se que, nas duas diferentes modalidades de gestão propostas, as responsabilidades e requisitos para a habilitação se ampliam em grau de exigência proporcionalmente à abrangência da gestão. Obedecendo a esta sistemática, diferentes requisitos de controle, avaliação e auditoria foram propostos.

Em 2001, através da portaria GM Nº 95, de 26 de janeiro de 2001, é editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001), ampliando responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001b).

Esta norma vem fortalecer as funções de controle e avaliação. Neste tema, é acrescida a regulação da assistência, que “deverá se efetivar por meio de complexos reguladores, que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários, que deve disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do usuário, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”.

Em 27 de fevereiro de 2002, é editada a portaria Nº 373/2002 revogando a Portaria GM Nº 95/2001, com as mesmas finalidades mas aprimorada em seu conteúdo. Após discussões entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais de Saúde através do CONASS, Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS foram desencadeadas atividades de planejamento e de adequação de seus modelos assistenciais e de gestão aos preceitos estabelecidos, resultando nesta versão da norma. Esta norma assegura a manutenção das diretrizes organizativas definidas na NOAS-SUS 01/2001.

Percorrendo a trajetória da descentralização, constata-se que, de maneira gradual, os municípios passam a assumir novas funções na gestão da saúde em seu âmbito. Este fato, se repete em relação ao controle, avaliação e auditoria.

Desde a NOB 01/93, quando passam a autorizar as AIHs, os municípios iniciam a construção de seu componente de controle e avaliação. Posteriormente, com a NOB 01/96, onde aqueles que se habilitam à gestão mais avançada – Plena do Sistema Municipal, assumem todo o gerenciamento da alta e média complexidade e das internações hospitalares, percebemos que, concomitante a este processo, não houve a devida instrumentalização dos municípios para assumirem as novas funções.

Estas normas impulsionaram avanço significativo na organização e no financiamento da atenção básica, deixando algumas lacunas no que se refere ao financiamento e ao gerenciamento da média e alta complexidade.

Nesta perspectiva, as negociações e alterações descritas na NOAS/2002, em relação à primeira versão, ocorreram principalmente em torno de propostas referentes à efetivação do comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais.

Ao abordar o processo de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência, a NOAS 01/2002 explicita que estas funções devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista a sua importância para a revisão de prioridades e contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população. (BRASIL, 2002 a).

Conforme a NOAS 01/2002, o exercício das funções de controle e avaliação pelos gestores, deve compreender "o conhecimento global dos estabelecimentos de saúde localizados em seu território, o cadastramento dos serviços, a condução dos processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades e a legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições".

### **2.3 CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

Para que se concretize a descentralização político-administrativa no setor saúde, faz-se necessário um sistema de planejamento, controle, avaliação, regulação e auditoria integrados entre os três níveis de governo.

Nesta arena, a avaliação ganha destaque, como um instrumento dinâmico e contínuo de reordenação de ações e serviços, auxiliando na racionalização do uso dos recursos disponíveis.

Para Peixoto (2001), novos métodos de controle e avaliação que o processo de construção e consolidação do SUS impõe, devem considerar, de um lado, o compromisso prévio com o resgate do interesse público e social, e, de outro, a mudança da lógica de controle contábil-financeiro, realizado *a posteriori*, com grande grau de centralização e pouca preocupação com a qualidade dos serviços prestados e com a necessidade dos grupos populacionais. Declara a autora:

É fundamental que se busque a mudança, enfocando as necessidades da população e que se utilize a epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, desenvolvendo

instrumentos de avaliação da qualidade das ações, de seus resultados e de seu impacto sobre as condições de saúde da população. Peixoto(2001).

Para descrever as questões de controle, avaliação e auditoria no Sistema Único de Saúde, fez-se necessário discorrer fundamentalmente sobre os aspectos conceituais e os aspectos legais relacionados ao tema.

### **2.3.1 Aspectos conceituais**

Em decorrência das modificações que vão se construindo ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde, as atividades de controle, avaliação e auditoria em saúde, vêm sendo gradativamente assumidas pelo nível municipal, ao mesmo tempo em que incorporam novas práticas, mais abrangentes, embora os modelos utilizados pelo antigo INAMPS ainda se façam presentes, com seu foco centralizado na análise financeira de contas médicas. Com a reforma sanitária, novas possibilidades começam a se delinear, traduzindo-se em algumas modificações neste enfoque. A avaliação dos serviços de saúde se amplia no sentido de observar os efeitos/resultados das intervenções, e as análises fundamentadas nos sistemas de informações.

O serviço trás na sua origem semelhança com a formação da vigilância sanitária, sendo conferido aos auditores o poder de punição. Inicialmente, os serviços foram criados com o intuito de controlar os gastos e impedir e/ou minimizar as fraudes contra o sistema.

Embora existindo diferentes enfoques na conceituação de avaliação em saúde, em geral nos deparamos com avaliação específica em determinadas áreas: programas, avaliação médica, entre outros. A avaliação em saúde, em sentido mais amplo, abrangendo globalmente as ações e serviços, agregada ao controle e a auditoria vem tomando corpo somente nas últimas décadas.

Para Peixoto (2001), sob o rótulo de avaliação, reúnem-se diversas atividades que vão desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social do tipo “deu resultado?”, “estamos satisfeitos?”, até a utilização de métodos e técnicas que buscam responder às mesmas indagações. Acrescenta que as práticas de saúde podem constituir objetos de avaliação, sob os mais variados aspectos, desde o cuidado individual, até níveis mais complexos de intervenção e organização, como políticas, programas, sistemas ou serviços.

Em todas as referências encontradas, e no bojo da legislação pertinente, são levados em conta a eficiência, a eficácia dos serviços e ações, e adquire destaque a satisfação do usuário, como fim último das ações e serviços de saúde.

O conceito de auditoria (*audit*) foi proposto por Lambeck, citado por Coleman et al (1998), tendo como premissa “a avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente”.

Ferreira (1993) define auditoria como “exame de operações contábeis”, controle, como “fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, etc, para que não se desviem de normas preestabelecidas”. Avaliação, como “o ato ou efeito de avaliar, determinar a valia ou o valor de algo”.

No âmbito do Sistema Único de Saúde, estes conceitos se ampliam, adquirindo concepções mais específicas do setor, incorporando novos elementos e ampliando sua abrangência.

Para Coleman et al (1998,p.4 ):

As atividades de auditoria concentram-se nos processos e resultados da prestação de serviços e pressupõe o desenvolvimento de um modelo de atenção adequado em relação às normas de acesso, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Consistem em controlar e avaliar o grau de atenção efetivamente prestada pelo sistema, comparando-a a um modelo definido.

Se constitui, então, em um conjunto de atividades voltadas para o controle e a avaliação de aspectos específicos do sistema.

O manual de controle, avaliação e auditoria da Secretaria de Estado da Saúde, assim define Auditoria, Controle e Avaliação em saúde :

Um conjunto de atividades técnicas, médicas e administrativas, realizada por pessoal adestrado, em busca de informações gerenciais importantes para o processo decisório, que permitam analisar, controlar e avaliar o grau de desempenho das unidades de saúde, visando a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde(SANTA CATARINA, 1994, p.52).

Este conceito revela significativo avanço da conotação investigativa de fraudes contra o sistema, para uma concepção ampliada, vindo a configurar-se em instrumento fundamental para o planejamento e o gerenciamento, visando a atenção adequada às necessidades do usuário, passando a ter um caráter instrutivo, normalizador a educativo.

Desmembrando os termos deste conceito, temos as definições propostas pelo Ministério da Saúde:

Tendo como objetivo maior a obtenção da qualidade das ações e serviços prestados no campo da saúde, a ação de auditoria se caracteriza em atividade de verificação analítica e operativa, consistindo no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, para determinar se as ações de saúde e seus resultados, estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislação vigentes (BRASIL, 1998, p. 5).

Já o termo controle, “consiste no monitoramento de processos (normas e eventos), com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme, que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda. A avaliação trata da análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos pelo sistema de saúde”. (BRASIL, 1998,p.6) .

No âmbito do Sistema Único de Saúde, dois tipos de auditoria são descritos: operativa e analítica. O Manual de Normas de Auditoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998,p.9) define auditoria analítica como: “o conjunto de procedimentos especializados, que consiste na análise de documentos, relatórios e processos, com a finalidade de avaliar se os serviços e sistemas de saúde atendem às normas e padrões previamente definidos, delineando o perfil da assistência à saúde e seus controles”.

A auditoria operativa verifica o atendimento aos requisitos legais/normativos através do exame direto dos fatos, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade e a eficácia dos processos em alcançar os objetivos.

Para Caleman (1998), auditoria operacional se refere às atividades voltadas para o controle das ações desenvolvidas pela rede de serviços, concentrando-se na rede física, mecanismos de regulação e desenvolvimento das ações, enquanto a analítica aprofunda a análise de aspectos específicos do sistema de saúde, voltada para a avaliação quantitativa, inferindo, em algumas situações, a qualidade das ações de saúde.

Avaliação pressupõe a incorporação de subsídios visando mudanças, a partir da verificação do objeto avaliado, do confronto com o que está estabelecido, com o

que foi planejado, considerando a normatização própria e o comparativo com padrões de eficiência, eficácia e efetividade.

Para Contandriopoulos et al (1997, p.31) “avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Temos em Inojosa (1996) uma crítica ao modo usual de nos referirmos a estes termos. Ao criticar a inversão dos mesmos, ou seja, primeiro controle, depois avaliação, esclarece que a avaliação, como determinação do valor, da qualidade de uma coisa, é pressuposto para o exercício do controle. É necessário que alguém avalie, selecione um conjunto de propriedades ou atributos considerados adequados ou desejáveis para um ato ou serviço e julgue em que medida esse ato ou serviço está respondendo a esses atributos. Esse juízo deve desencadear o controle, que tem uma dimensão coercitiva e demanda um poder correspondente.

Para a autora acima referida, controle e avaliação, como espaço de poder exercido pela organização gerenciadora do sistema de saúde, têm sua origem no INAMPS, onde respondia à lógica presente em determinado momento histórico, em que o controle emanava principalmente do grupo de atores sociais que detinha o poder regulador e que não estava permeável às demandas de outros sujeitos da avaliação.

Santos (1996) afirma que, embora o termo auditoria nos faça lembrar controle financeiro e verificação contábil, seu conceito é mais abrangente, incluindo aspectos de avaliação técnica, de apuração de resultados, de comprovação de qualidade, fatores que, de fato, devem ser levados em conta para o êxito do controle financeiro e da verificação contábil.

Silva (1996, p.42), descreve em seu artigo: “Controle e avaliação do SUS: competência e responsabilidade dos municípios”, os conceitos formulados por um grupo de trabalho das Nações Unidas para controle e avaliação:

Controle: é a vigilância contínua e periódica da implementação de uma atividade (e seus distintos componentes) a fim de assegurar que a entrada (input), o processo de trabalho e a produção prevista (output) e outras ações necessárias, funcionem conforme o previsto.

Avaliação: é um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância e efetividade de atividades, tendo em vista seus objetivos. Uma ferramenta orientada para a ação e a aprendizagem, um processo organizativo que

visa tanto melhorar as atividades em andamento, quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Lynn, citado por Silva (1996) afirma que embora não perfeitas, essas definições contribuem na distinção destas duas atividades, sendo que controle pressupõe um seguimento longitudinal no tempo e avaliação uma espécie de corte transversal e de visão mais ampla, e, paralelamente, destaca a importância destas atividades na gestão do sistema de saúde permitindo detecção de erros e a realização das metas.

Em agosto de 1999, é editada a Portaria Nº 1069/GM , dispendo sobre a reorganização das atividades de controle, avaliação e auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Redefinindo atribuições, responsabilidades e autoridades no exercício destas atividades, estabelece diretrizes conceituais:

- para a auditoria: observar o exame analítico e pericial da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnicos profissionais, praticados no âmbito do SUS por pessoa físicas e jurídicas integrantes ou participantes do sistema;
- para o controle: observar o acompanhamento sistemático das atividades desenvolvidas no SUS, de modo a verificar a conformidade dos processos, produtos e serviços prestados com as normas vigentes e com os objetivos estabelecidos, e o fornecimento dos dados e das informações necessários ao julgamento das realizações e à introdução de fatores corretivos e preventivos;
- para a avaliação: observar o meio sistemático de apreender empiricamente e de utilizar as lições apreendidas para o aperfeiçoamento das atividades em desenvolvimento e para o fomento de planejamento mais satisfatório mediante seleção rigorosa entre as distintas possibilidades de ação futura. (BRASIL, 1999)

Superando as distinções conceituais encontradas na literatura, os termos controle, avaliação e auditoria dizem respeito a um importante instrumento de planejamento e gestão, contribuindo para a função finalística do sistema: propiciar atenção à saúde de acordo com os pressupostos do SUS.

### 2.3.2 Aspectos legais e de organização

Historicamente, no Brasil, a avaliação dos serviços era feita pelo INAMPS, por intermédio de protocolos e roteiros de supervisão (ORTIGA, 1999). O foco das atividades se reportava à análise de contas médicas, faturamento e controle de fraudes.

Santos (1998) afirma que, o setor de controle e avaliação, criado na estrutura do antigo INAMPS para regular ainda que precariamente, a atuação das instituições do setor privado contratadas para prestar assistência médica aos segurados do sistema previdenciário, cresceu proporcionalmente à demanda por assistência médica e principalmente ao número de prestadores de serviço. Com a aceleração da municipalização, este tema entra na pauta dos municípios, essencialmente nos de médio e grande porte, onde se fazia sentir fortemente a presença do setor privado na condução da assistência à saúde e onde mais se comprometiam os recursos disponíveis.

A partir da Lei Orgânica da Saúde, sucessivas modificações vêm ocorrendo no tocante ao Controle, Avaliação e Auditoria, através da emissão de novas normativas, que modificam as formas de organização deste sistema.

A lei 8080/90, na seção II, inciso XIX, do artigo 16 estabelece entre as competências da direção nacional do SUS: *estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS, em todo o território Nacional, em cooperação técnica com Estados, Municípios e Distrito Federal* (BRASIL, 1990 a).

No tocante às competências, o capítulo IV da Lei 8080/90, artigo 15, explicita que União, Estados, Distrito Federal e Municípios exercerão em seu âmbito, dentre as atribuições, a *“definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”* (BRASIL, 1990a). Cita ainda no artigo 16 que, à Direção Nacional, compete acompanhar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais.

Importantes mecanismos de controle do SUS são criados pela Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990: as instâncias colegiadas Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, nas respectivas esferas de governo. Os Conselhos de saúde, revestidos de caráter deliberativo, têm sua composição paritária, com cinquenta por

cento de usuários do sistema e cinquenta por cento dos conselheiros, divididos entre governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde, devendo atuar amplamente na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. (BRASIL,1990b).

A Lei 8689, de 27 de julho de 1993 conferiu competência ao Sistema Nacional de Auditoria, para realizar, através de seus órgãos e de forma descentralizada, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS (BRASIL,1993b).

Em 28 de setembro de 1995, é editado o Decreto Nº 1651, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, explicitando que dispõe sobre um "sistema nacional", abrangente das três esferas de governo, estabelecendo a competência de cada uma delas. (SANTOS, 1996).

Em seu artigo 4º, estabelecia que o DCAA - Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (subordinado à Secretaria de Assistência à Saúde), era o órgão de atuação do SNA – Sistema Nacional de Auditoria no plano federal. Junto ao DCAA, deveria atuar a Comissão Corregedora Tripartite, designada pelo Ministro da Saúde, representativa do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS.

Conforme o Decreto Nº 1651/95 (BRASIL,1995), o Sistema Nacional de Auditoria, através dos órgãos que o integram, tem a competência de verificar:

- **No nível federal:**

- a aplicação dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante análise do relatório de gestão;
- as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde;
- os serviços de saúde sob sua gestão;
- os sistemas estaduais de saúde;
- as ações, os métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria.

- **No nível estadual:**

- a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios;
- as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;

- o sistema municipal de saúde e consórcios intermunicipais;
- os serviços de saúde sob sua gestão;
- os métodos, ações e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.

- **No nível municipal:**

- as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- os serviços de saúde sob sua gestão;
- as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja associado.

Cabe aos municípios, em seu âmbito, as mesmas competências dos estados. Os municípios devem controlar e avaliar os serviços de saúde, fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde e controlar e avaliar a execução dos serviços privados contratados e conveniados (BRASIL, 1990a).

Segundo Santos (1996), em seus diversos níveis, os órgãos integrantes do Sistema Nacional de Auditoria, devem proceder a análise:

- da legislação do SUS;
- dos planos de saúde, programações e relatórios de gestão;
- dos sistemas de controle e avaliação;
- dos sistemas de informações ambulatorial e hospitalar;
- dos indicadores de morbi-mortalidade;
- instrumentos e critérios para contratação e celebração de convênios;
- documentos referentes às centrais de internação e procedimento dos cadastros;
- desempenho da rede de serviços;
- hierarquização, referência e contra-referência;
- serviços do setor privado, conveniado e contratado;
- prontuário de atendimento e demais documentos;
- autorização de internação e atendimento ambulatorial;
- tetos financeiros e procedimentos de alto custo.

Estes indicadores, índices, parâmetros e documentos de gestão, constituem-se nos instrumentos fundamentais do controle e avaliação, e se destacam como fonte de subsídio para planejamento das ações e serviços de saúde.

A estrutura do Sistema Nacional de Auditoria nas três instâncias estava assim descrita no Manual de Normas de Auditoria (BRASIL, 1998):

- **Ministério da Saúde:** mediatizado pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria – DCAA e pelas Divisões de Auditoria – DIVAD, nas Gerências Estaduais – GEREST e no Distrito federal;
- **Secretarias Estaduais de Saúde:** através das áreas de controle, avaliação e auditoria, respectivamente;
- **Secretarias Municipais de Saúde:** através das áreas de controle, avaliação e auditoria, respectivamente (BRASIL, 1998, grifo nosso).

Em função da reorganização proposta pela Portaria Ministerial Nº 1069 de 1999, o órgão federal do Sistema Nacional de Auditoria, deverá atuar na verificação da regularidade dos atos praticados por pessoas físicas e jurídicas, produzindo ações orientadoras e corretivas quanto à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde; adequação, qualidade e resolutividade dos produtos e serviços disponibilizados ao cidadão; eficiência, eficácia e efetividade dos métodos, práticas e procedimentos operativos e gerenciais (BRASIL, 1999).

A atual estrutura disponível para a realização das atividades de controle, avaliação e auditoria do SUS, está descrita nos decretos governamentais que aprovam a estrutura do Ministério da Saúde.

Inicialmente, foi publicado o Decreto 3496/2000, de 1º de junho de 2000, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde, vinculando o Departamento Nacional de Auditoria do SUS diretamente ao Ministro da Saúde e, incluindo entre suas atribuições a auditoria da regularidade dos procedimentos técnico e financeiros praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS, e propondo cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais com vistas à integração das ações dos órgãos que compõem o SNA com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno, externo e social.

Ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas, da Secretaria de Assistência à Saúde cabem as atividades de controle e avaliação.

Nova modificação se verifica pelo Decreto 3.774, de 15 de março de 2001. (BRASIL, 2001a). Este, além de revogar o Decreto 3496/2000, define as atribuições de Controle, Avaliação e Auditoria, no nível Federal:

**Ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS compete:**

- auditar a regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no âmbito do SUS;
- verificar a adequação, a resolutividade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população;
- estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no âmbito do SUS;
- promover o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS;
- promover em sua área de atuação, cooperação técnica com órgãos e entidades federais, estaduais e municipais, com vistas a integração das ações dos órgãos que compõem o Sistema Nacional de Auditoria- SNA com os órgãos integrantes dos sistemas de controle interno, externo e social;
- emitir parecer conclusivo e relatórios gerenciais para:
  - a) instruir processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde de valores apurados nas ações de auditoria, e
  - b) informar à autoridade superior sobre os resultados obtidos por meio de atividades de auditoria desenvolvidos pelos órgãos integrantes do SNA.
- orientar, coordenar e supervisionar técnica e administrativamente, a execução das atividades de auditoria realizadas pelas unidades organizacionais de auditoria dos Núcleos Estaduais.

**Ao Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas da Secretaria de Assistência à Saúde compete:**

- acompanhar e avaliar:
  - a) a prestação de serviços assistenciais de saúde, no âmbito do SUS, em seus aspectos qualitativos e quantitativos.
  - b) a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde a Estados, Municípios e Distrito federal.
- prestar cooperação técnica aos gestores dos SUS para a utilização de instrumentos de coleta de dados e informações

- subsidiar a elaboração de Sistemas de Informações do SUS
- realizar estudos para o aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e avaliação dos serviços de assistência à saúde;
- avaliar as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos de controle e avaliação dos Estados, Municípios e Distrito Federal;
- estabelecer normas e definir critérios para a sistematização e padronização de técnicas e procedimentos relativos às áreas de controle e avaliação;
- definir, dentro de sua área de atuação, formas de cooperação técnica com os Estados, Municípios e o Distrito Federal para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operativa dos serviços de assistência à saúde;

No capítulo V, artigo 30 do decreto 3.774, que trata das disposições gerais e transitórias, fica definido que as atividades de controle avaliação e auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde ficam organizadas na forma que se segue:

- O Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS - atuará no acompanhamento da programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados, aos municípios, ao Distrito Federal e na verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação “in loco” e pericial.

- O Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas – DECAS - atuará na implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério.

É importante destacar, por fim, que na medida em que se ampliaram e aprofundaram as atribuições destas instâncias, estas passam a ser desempenhadas em setores diferenciados, sendo o Controle e Avaliação de responsabilidade do Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas - DECAS e a auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS. Este modelo vem se fortalecendo gradualmente, à medida em que o sistema avança, para os estados e municípios.

Além da legislação federal, que estabelece em linhas gerais as diretrizes a serem obedecidas para a atuação do Sistema Nacional de Auditoria, Estados e

Municípios elaboram legislação própria referente à organização e à implantação do componente estadual e municipal deste sistema, respectivamente.

### **3 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA EM SANTA CATARINA**

No Estado de Santa Catarina, com embasamento na legislação federal, é instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, através do Decreto N.º 3266, de 21 de outubro de 1998. Consistem suas atribuições em fiscalizar:

- a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, de conformidade com a legislação específica de cada um;
- as ações e serviços previstos no Plano Estadual de Saúde;
- os serviços sob gestão da Secretaria de Estado da Saúde, sejam públicos ou privados, contratados e conveniados;
- os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
- as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria (SANTA CATARINA, 1998).

A atuação do Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria encontra-se sob a responsabilidade da Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde - DIAR, que se organiza, no nível central da Secretaria de Estado da Saúde, em três gerências, que desenvolvem as seguintes atividades:

**GESUC** – Gerência de Supervisão e Assistência às Unidades Complementares: confecção, controle, e distribuição das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo – APACS; credenciamento na área ambulatorial; cadastros de unidades prestadoras de serviços; processamento do SIA/SUS; controle de atos normativos emanados do Governo Federal e estadual e encaminhamento às Regionais de Saúde, consolidação dos dados dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal e encaminhamento destes aos bancos de dados nacionais; atualizações cadastrais; fornecimento de relatórios para outros órgãos da Secretaria de Estado da Saúde rotineiramente e esporadicamente mediante solicitações; treinamento dos municípios nas habilitações e em novos sistemas implantados pelo Ministério da Saúde; manutenção e suporte aos sistemas e subsistemas nos municípios e Regionais de Saúde.

GESUP - Gerência de Supervisão e Assistência à Rede Pública: cadastro das unidades prestadoras de serviço e dos profissionais; confecção, controle e distribuição de Autorização de Internação Hospitalar – AIH; processamento do Sistema Gerencial de Autorização de Internações Hospitalares – SGAIH; pagamento de pró-labore; atualizações cadastrais; fornecimento de relatórios; controle de atos normativos emanados do Governo Federal e estadual e encaminhamento às Regionais de Saúde, treinamento dos municípios nas habilitações e em novos sistemas implantados pelo Ministério da Saúde; manutenção e suporte dos sistemas e subsistemas nos municípios e Regionais de Saúde; consolidação dos dados dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica e alimentação do banco de dados nacional; consolidação dos dados dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal e encaminhamento para alimentação do banco de dados estadual.

GEICO – Gerência de Inspeção e Controle - responsável pelas auditorias analíticas, operativas e especiais nos prestadores de serviço ao SUS, auditorias de gestão municipal, vistorias para credenciamentos, vistorias de acompanhamento conforme legislação federal, apuração de denúncias sobre serviços prestados ao SUS, verificação da satisfação do usuário do SUS.

Atendendo à organização estrutural da Secretaria de Estado da Saúde, que conta com 18 Coordenadorias Regionais de Saúde distribuídas em todo o estado, existe, em cada uma destas, uma equipe de controle e avaliação. Estas equipes são compostas por no mínimo um médico auditor e dois auditores administrativos e sua atuação se dá através do cumprimento de atividades previstas para o nível estadual e de assessoria mais direta aos municípios pertencentes a cada região.

Integrando o sistema de Controle e Avaliação, a Portaria Nº 319/SES de 2 de junho de 2000, regulamenta o Sistema Estadual de Acompanhamento de Gestão – SEAG, no âmbito do Sistema Único de Saúde. O Artigo 1º trata da organização do SEAG, junto a Direção do SUS a nível estadual, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle externo e interno.

No artigo 2º está colocado que “O SEAG exercerá seus serviços e ações desenvolvendo atividades de análise, verificação, avaliação e acompanhamento da gestão do SUS nos municípios habilitados nas formas de gestão previstas na legislação em vigor”.

O SEAG compreende a Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais, e os setores de planejamento, controle e avaliação, ligados às Coordenadorias Regionais de Saúde.

No nível de gestão municipal, a criação de legislação relativa ao Controle, Avaliação e Auditoria, se intensifica a partir da implantação da NOB/96. A Secretaria de Estado da Saúde disponibilizou modelos para elaboração das leis, baseados na legislação federal, e assessorou os municípios para sua implantação. Portanto, de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis, cada município elaborou a legislação própria, respeitados os preceitos do Sistema Único de Saúde. A descrição da criação destes mecanismos nos municípios de Santa Catarina, a partir da NOB/96 está descrita no capítulo 3.

#### **4 A HABILITAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM SANTA CATARINA:**

A partir da edição da NOB/SUS 01/96, se organiza no Estado de Santa Catarina um processo de discussão e organização para orientar os municípios à adesão a um dos dois modelos propostos na Norma. Através da GEDUA - Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais, são elaborados roteiros e modelos de declaração referentes a cada item exigido para a habilitação e técnicos são deslocados às Coordenadorias Regionais de Saúde – instâncias regionais do governo estadual, para prestar as orientações necessárias, que serão transmitidas aos municípios. Todos os modelos de documentos referentes à habilitação, foram aprovados pela Comissão Intergestores Bipartite – SC e, a partir de janeiro de 1998, iniciam-se as habilitações.

Para formalização do processo de habilitação em uma das condições de gestão previstas nesta norma, o gestor municipal deveria encaminhar requerimento escrito à Comissão Intergestores Bipartite/SC, afirmando dispor de recursos humanos e materiais para este fim. A Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais da Secretaria de Estado da Saúde, analisava então a documentação necessária, firmada pelo gestor municipal de saúde, comprovando o cumprimento dos requisitos.

O ingresso dos municípios em determinada condição de gestão, obrigatoriamente deveria ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, em ata específica. Necessário ainda, confirmar a implantação e funcionamento do Fundo Municipal de Saúde, encaminhar Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão do ano anterior, comprovante de contrapartida do orçamento municipal para o setor saúde, declarações de execução de atividades de Vigilância sanitária, Vigilância Epidemiológica e de informatização dos bancos de dados.

Os requisitos analisados pela Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais para fins de habilitação estão descritos no anexo 1.

Paralelamente, a Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde – DIAR da SES, elaborou formulário que deveria ser preenchido pelo gestor municipal e anexado ao processo de habilitação, informando sua disponibilidade de recursos para assumir a condição de gestão pleiteada, que está ilustrado no anexo 2.

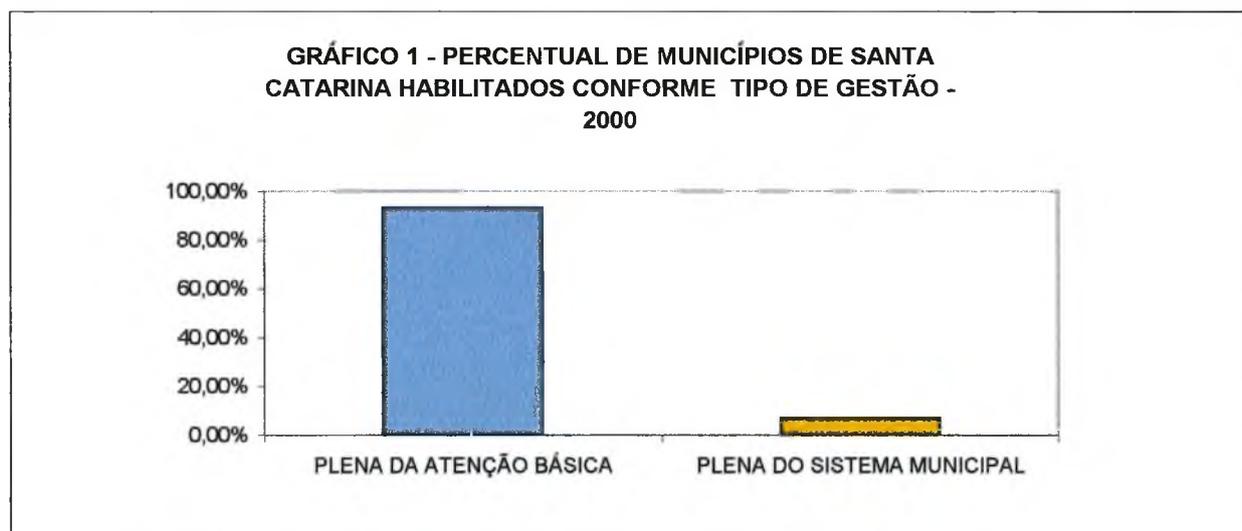
A partir da constatação documental do cumprimento dos requisitos, o processo era encaminhado para apreciação da Comissão Intergestores Bipartite -

CIB. Se aprovado por essa instância era encaminhado ao Ministério da Saúde, sendo a habilitação publicada em portaria específica.

Os 293 municípios no Estado de Santa Catarina, encontravam-se habilitados até o final do ano 2000. Vinte e dois foram habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal: Balneário Camboriu, Blumenau, Brusque, Chapecó, Concórdia, Criciúma, Fraiburgo, Ibirama, Imbituba, Itajaí, Jaraguá do Sul, Joinville, Lages, Laguna, Orleans, Quilombo, Rio do Sul, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São Francisco do Sul, Seara e Urussanga.

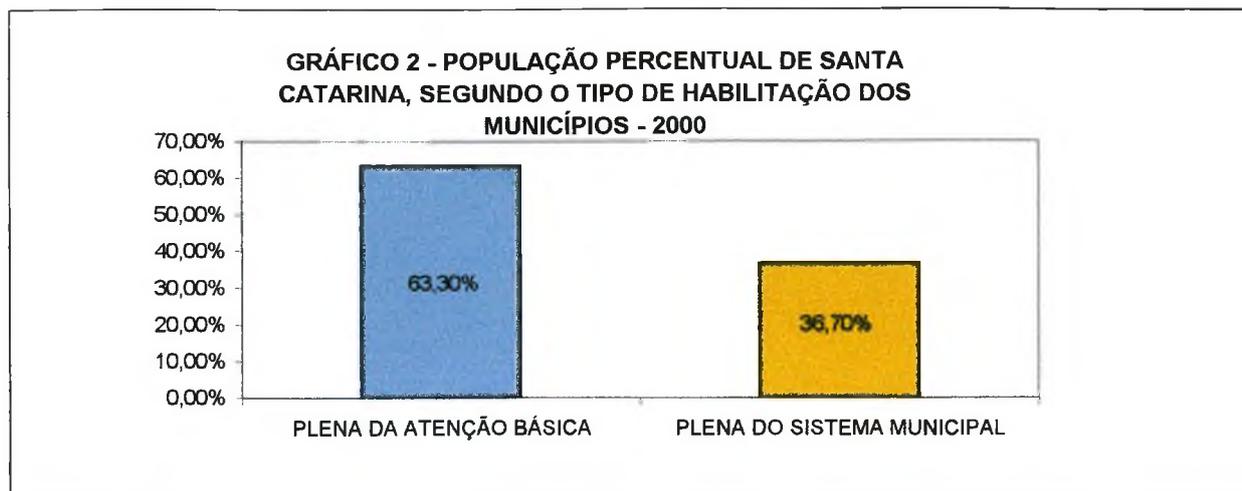
Destes, dois retornaram à Gestão Plena da Atenção Básica: Fraiburgo e Ibirama. O Estado de Santa Catarina encontra-se, então, com 20 municípios habilitados à Gestão Plena do Sistema Municipal (o que equivale a 6,83% dos municípios do estado), situação que lhes confere autonomia para gerir os recursos financeiros destinados à saúde, e que, por outro lado reforça a responsabilidade de avaliar e controlar serviços, custos e resultados.

Em Gestão Plena da Atenção Básica, encontram-se 273 municípios (93,17%).



Fonte: Pesquisa de campo

Se considerarmos, no entanto, o quantitativo populacional dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, constatamos que equivale a 1.788.790 habitantes (36,70%) da população total do estado, que era de 4.875.244.



**Fonte: pesquisa de campo**

A considerar este dado, a observação é de que a grande maioria dos municípios de maior porte no Estado aderiram a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

O trabalho proposto busca descrever de que forma ocorreu a implantação dos serviços de Controle e Avaliação municipais, em municípios catarinenses que aderiram à Gestão Plena do Sistema Municipal prevista na Norma Operacional Básica /SUS 01/96 e que permaneceram nesta condição. Pretende-se focar a estrutura implantada com vistas a habilitação e como instrumento para o planejamento das ações e serviços de saúde, nos aspectos referentes à estrutura legal, recursos humanos e abrangência de sua atuação.

Serão abordados no próximo capítulo os aspectos conceituais relacionados ao controle, avaliação e auditoria e as questões legais de criação do sistema, desde a Lei 8080/90 até a estruturação e as instâncias responsáveis pela operacionalização deste sistema atualmente.

## 5 ASPECTOS METODOLÓGICOS

### 5.1 Referencial teórico-metodológico

A avaliação em saúde se constitui, segundo Novaes (2000) em uma área em construção conceitual e metodológica, encontrada na literatura de forma bastante diversificada. As principais questões que orientam as pesquisas de avaliação, ou seja, o enfoque priorizado para a formulação dos objetivos atingidos, dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas. Esta autora, desenvolve uma síntese das modalidades, organizando-as em grandes categorias, segundo critérios correntes na literatura.

Diversos são os modelos de avaliação em saúde propostos na literatura.

Para Patton, citado em Ministério da Saúde (1999), a avaliação é um processo de determinação da extensão com a qual as metas e os objetivos de um programa estão sendo atingidos, bem como, é um processo que provê informação para uma tomada de decisão.

Denis & Champagne apud HARTZ, 1997, propõem uma análise de implantação, que se interessa, de modo geral, ao estudo dos determinantes e da influência da variação da implantação nos efeitos trazidos pela intervenção. Visa, por último, compreender as condições de implantação das intervenções e os processos de produção dos efeitos.

Este tipo de análise, segundo o autor, se apóia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes:

- Dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- Das variações da implantação na sua eficácia;
- Da interação entre o contexto da implantação e a intervenção sobre os efeitos observados.

No presente estudo, após revisão de propostas metodológicas diversificadas sobre a operacionalização de métodos de avaliação em saúde, optou-se por adotar a abordagem proposta por Donabedian (1986,1990), que ganha destaque tomando como ponto de partida a tríade “estrutura, processo e resultado” .

A estrutura se refere ao local e às condições onde ocorre o processo, ao instrumental disponível e utilizado para oferecer cuidado. Vai além dos aspectos físicos e dos equipamentos, e compreende “as características estabelecidas e

menos variáveis de como se estabelece o sistema de saúde” . O processo inclui as atividades desenvolvidas pelos profissionais, do ponto de vista técnico, na condução da atenção e na interação com os pacientes. A terceira abordagem, relativa aos resultados, é com certeza mais complexa. Refere-se aos efeitos das ações realizadas envolvendo inúmeras variáveis, sintetizadas como a consequência da atenção na saúde de quem a recebe (DONABEDIAN,1986,1990).

A intenção, ao apresentar os três elementos referidos, é de assinalá-los como enfoques possíveis na busca de subsídios para uma avaliação de qualidade dos serviços de saúde, dentro de uma perspectiva de realizar uma medição não estritamente de um determinado componente do processo, mas sim de integração entre os mesmos.

Tal abordagem visa reverter as práticas correntes que quase sempre enfocam a análise de alguns elementos em detrimento de outros, mesmo reconhecendo a importância de cada um.

No presente estudo, a avaliação da estrutura se relaciona ao cumprimento dos mecanismos legais para a implantação do controle, avaliação e auditoria, as condições de infra-estrutura de material e recursos humanos, a capacitação dos profissionais. O processo se mescla aos resultados, não sendo quantificada a sua produção, mas verificado se estão sendo de fato cumpridas as atribuições do serviço, por meio de uma análise qualitativa e que levou em consideração a percepção dos atores envolvidos.

## **5.2 Tipo de estudo:**

O método utilizado se configura como pesquisa descritiva, de estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados. Para Polit e Hunger (1995), o estudo de caso é uma investigação em profundidade de uma pessoa, grupo ou instituição ou outra unidade social.

Yin, citado por Contandriopoulos (1999) classifica os estudos de caso em quatro modelos: caso único (análise holística); caso único com níveis de análise embricados; casos múltiplos, com um só nível de análise e casos múltiplos com níveis de análise imbricados.

Segundo Contandriopoulos (1999) a realização de estudos de casos múltiplos permite, operando segundo uma lógica de reprodução, generalizar as conclusões

com mais confiança. De fato, a análise de vários casos, visa julgar se existe reprodução dos processos estudados em diferentes meios e pode ainda compreender um ou vários níveis de análise.

### **5.3 Descrição das categorias em estudo:**

**Habilitação:** Ação ou efeito de habilitar-se, conforme Luft (1999). No que se refere a NOB/SUS 01/96, trata-se do processo pelo qual os municípios, reunindo os requisitos exigidos pela legislação, assumem determinada condição de gestão, com prerrogativas e responsabilidades específicas sobre as ações e serviços de saúde no seu âmbito de governo .

**Formalização:** Para Hall apud Marino (1992), a formalização refere-se ao grau em que leis, normas, regras e regulamentos, implícita ou explicitamente definidos, rege o funcionamento de uma organização. Consideramos no estudo em questão, tratando-se da criação do componente municipal do SNA - Sistema Nacional de Auditoria, que a formalização ocorre no momento em que o município apresenta todos os requisitos necessários á habilitação, incluindo a lei de criação do componente municipal do SNA e portaria nomeando equipe responsável.

#### **Estrutura dos serviços de Controle, Avaliação e Auditoria, abrangendo:**

- **Equipe de controle, avaliação e auditoria:** a equipe mínima exigida composta de um médico auditor, um médico autorizador e um auditor administrativo (conforme determinação emanada da DIAR).

- **Recursos Materiais:** mínimo exigido: linha telefônica, computador com fax modem, softwares MS/DATASUS/DIAR (conforme determinação emanada da DIAR).

- **Disponibilidade de bancos de dados no serviço:** quais as informações estão disponibilizadas no serviço: SIH/SUS, SIA/SUS, SIM, SINASC, SINAM, e os outros bancos de dados existentes, do Ministério da Saúde. À época da

habilitação era exigido no mínimo os supra-citados, com compromisso de instalar e alimentar novos bancos de dados que viessem a ser criados.

- **Área física:** Existência de espaço físico próprio, exclusivo para instalação do serviço.

- **Inserção no organograma da SMS:** como se configura o serviço, se diretamente relacionado ao gestor municipal ou não, e sua relação com os demais setores da SMS.

- **Qualificação dos profissionais:** se refere à escolaridade, treinamentos específicos na área de controle avaliação e auditoria ( Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e outros), pós-graduação na área ou outros.

- **Atividades desenvolvidas:** Análise e auditoria *in loco* das solicitações de internação, autorização e emissão de AIHs (autorização de internação hospitalar), autorização prévia de cirurgias eletivas, autorização de exames de alta complexidade/custo, análise dos relatórios de saída do SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais), vistoria de serviços com a Vigilância Sanitária, controle do cumprimento das normas referentes às atividades de prestação de serviços pelas unidades de saúde, emanadas do MS, SES e SMS, recebimento e apuração de denúncias de usuários, profissionais e prestadores, análise e auditoria dos atendimentos individuais de ambulatório e SADT , realização de auditoria analítica, realização de auditoria operacional, supervisão para cadastramento de novos serviços, análise dos indicadores de saúde do município, avaliação da satisfação do usuário

**Controle, avaliação e auditoria em saúde:** conjunto de atividades técnicas, médicas e administrativas, realizadas por pessoal adestrado, em busca de informações gerenciais importantes para o processo decisório, que permitam analisar, controlar e avaliar o grau de desempenho das unidades de saúde visando a satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde.

**Auditoria:** atividade de verificação analítica e operativa, consistindo no exame sistemático e independente de uma atividade, elemento ou sistema, para determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas e com as normas e legislação vigentes.

**Controle:** Monitoramento de processos, com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda.

**Avaliação:** Análise da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos pelo sistema (BRASIL,1998).

#### 5.4 Fontes de dados:

Fontes primárias:

Entrevistas semi-estruturadas com 10 (dez) questões abertas aos gestores municipais de saúde e 16 (dezesesseis) questões abertas aplicadas aos atuais responsáveis pelos serviços de Controle, Avaliação e Auditoria municipais.

Fontes secundárias:

- Dados contidos nos processos de habilitação dos municípios, disponíveis na Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais/Secretaria de Estado da Saúde/SC: leis, portarias e compromissos de implantação do serviço.

- Verificação "in loco" nos municípios: leis, portarias e outras normativas técnicas e administrativas, Planos Municipais de Saúde e Relatórios de Gestão, Relatórios de atividades, programação e atividades desenvolvidas nos setores de Controle, Avaliação e Auditoria municipais.

- Diário Oficial da União e do Estado.

- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

#### 5.5 Plano Amostral:

O universo do estudo é representado pela totalidade dos municípios de Santa Catarina que se habilitaram na NOB/SUS 01/96 na condição de gestão Plena do

Sistema Municipal e que permaneceram nesta condição) amostra intencional não probabilística).

Estes, estão descritos no quadro 2, que explicita a população, a condição prévia de gestão conforme a NOB/SUS 01/93, data da aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina e número da portaria ministerial em que foi publicada a aprovação.

**Quadro 2 – municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal, com população, condição prévia de gestão, data e portaria de habilitação na NOB/SUS/01/96, que permanecem habilitados.**

Município	População (habilitação)	Condição de Gestão Prévia	Data Habilitação NOB/96 (CIB/SC)	Portaria de Habilitação
Balneário Camboriu	58.180	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 161 (22/09/98)
Blumenau	231.401	Semi-Plena	14/05/98	Pt. 161 (22/09/98)
Brusque	66.558	Parcial	14/05/98	Pt. 3262 (28/07/98)
Chapecó	131.014	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
Concórdia	58.502	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 161 (22/09/98)
Criciúma	159.101	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
Imbituba	32.876	Parcial	15/05/98	Pt. 3262 (28/07/98)
Itajaí	134.942	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 161 (22/09/98)
Jaraguá do sul	93.076	Semi-Plena	06/03/98	Pt. 2466 (07/04/98)
Joinville	397.951	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
Lages	148.860	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 161 (22/09/98)
Laguna	43.870	Parcial	06/04/98	Pt. 2820 (02/06/98)
Orleans	21.296	Parcial	14/05/98	Pt. 3262 (28/07/98)
Quilombo	12.471	Parcial	30/06/98	Pt. 189 (22/10/98)
Rio do Sul	47.822	Semi-Plena	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
Rio Negrinho	31.611	Incipiente	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
São Bento do Sul	57.098	Parcial	13/03/98	Pt. 2801 (14/05/98)
São Francisco do Sul	27.787	Parcial	06/03/98	Pt. 2822 (21/06/98)
Seara	16.270	Parcial	14/05/98	Pt. 3262 (28/07/98)
Urussanga	18.104	Parcial	14/05/98	Pt. 3262 (28/07/98)

**Fontes: Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais/SES  
IBGE – contagem da população 1996.**

Devido a pouca disponibilidade de tempo e de recursos financeiros para a pesquisa, foi estabelecido um recorte considerando o porte e a condição prévia de gestão municipal.

Julgou-se necessário selecionar municípios representativos de diferentes portes e condições de gestão prévias, para observar as possíveis variações de

comportamento na implantação do sistema municipal de controle, avaliação e auditoria.

Vale ressaltar que o processo de categorização dos municípios com relação ao porte é restrito ao número estimado de habitantes, não se levando em consideração a estrutura atual dos municípios, sua força econômica ou área geográfica, entre outros aspectos. Neste estudo, admitiu-se que o número de habitantes expressa uma característica importante, que juntamente com a condição prévia de gestão, os diferenciam, e que devem ser levadas em conta na composição da amostra.

Dentre estes 20 municípios, foi realizada então, classificação por porte (em número de habitantes) em três estratos, caracterizando o segundo critério de inclusão, que se refere ao porte do município.

O terceiro critério de inclusão, se refere a gestão prévia assumida pelo município, dada a importância de comparar a estrutura existente, ficando assim definido: um município em gestão parcial ou incipiente e um município em gestão semi-plena por grupo populacional.

No quadro 3, apresentamos os municípios classificados por porte e condição de gestão anterior.

**Quadro 3 - Estratificação dos municípios habilitados na NOB/SUS/01/96, por população e condição prévia de gestão**

Estrato	Municípios por condição de gestão (NOB/01/93)	
	Parcial ou incipiente	Semi-plena
Até 50.000 habitantes	Seara, Orleans, Quilombo, Urussanga, Laguna, Imbituba, São Francisco do Sul, Rio Negrinho.	Rio do Sul
Acima de 50.000 até 100.000 habitantes	Brusque, São Bento do Sul	Concórdia, Balneário Camboriu e Jaraguá do Sul
Acima de 100.000 habitantes		Itajaí, Blumenau, Chapecó, Criciúma, Joinville, Lages

Fontes: Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais/SES  
IBGE – contagem da população 1996

Para a seleção de um município nos estratos que apresentam mais de um componente, foi realizado sorteio aleatório para definir o município.

Com relação ao estrato dos municípios de maior porte, acima de 100.000 habitantes, não houve ocorrência de gestão parcial ou incipiente prévia, optando-se então por um município apenas, tendo sido selecionado Joinville.

Por esses critérios, a amostra prevista de 6 municípios, foi reduzida a 5, ficando assim delineada: **Imbituba, São Bento do Sul, Rio do Sul, Concórdia e Joinville.**

## **5.6 Técnicas e procedimentos:**

Foi realizada pesquisa documental pela mestrandia, nos processos de habilitação existentes na GEDUA - Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais, da Secretaria de Estado da Saúde, órgão responsável pela análise do cumprimento dos requisitos pelos municípios, com vistas à habilitação e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite para aprovação. Foi enviado previamente ofício de apresentação e solicitação de consentimento ao Gerente da GEDUA, esclarecendo os objetivos da pesquisa.

Através da aplicação de roteiro para coleta dos dados nos processos de habilitação dos cinco municípios selecionados, procurou-se verificar a existência de arcabouço legal para a estruturação do controle, avaliação e auditoria no nível municipal, e o cumprimento, além da formulação legal, dos demais requisitos necessários neste campo.

O roteiro utilizado encontra-se descrito no apêndice I, abrangendo as seguintes questões:

- Nome do município
- Gestão em que estava habilitado conforme a NOB/SUS/01/93
- População à época da habilitação à NOB/SUS/01/96
- Comprovação documental do cumprimento das exigências legais no que se refere ao controle, avaliação e auditoria previstos na NOB/SUS/01/96
- Data de Habilitação à NOB/SUS/01/96 com a respectiva portaria ministerial

Dando sequência à pesquisa, foi realizada visita aos municípios, previamente agendada, que incluiu entrevista com os gestores municipais de saúde e com os

responsáveis pelo serviço, considerados os atores que poderiam oferecer maior contribuição para o cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Os Secretários Municipais de Saúde foram informados sobre a pesquisa por telefone e fax contendo a descrição do trabalho, apresentação da pesquisadora pelo orientador e termo de consentimento para ser assinado e devolvido. As entrevistas foram agendadas posteriormente, por telefone, diretamente com os Secretários e os responsáveis pelo serviço, e foram realizadas em etapa única (uma visita ao município). Este procedimento, foi realizado pela mestranda, com visitas aos municípios elencados, aplicação do questionário aos secretários municipais e aos responsáveis pelo serviço, verbalmente, com registro escrito das respostas obtidas pela mestranda, com aferição imediata dos respondentes sobre o registro das respostas.

As entrevistas constam de questões abertas sobre a percepção do gestor e do responsável pelo órgão de controle, avaliação e auditoria municipal. Abrange os conhecimentos de controle, avaliação e auditoria no nível municipal, a responsabilidade na capacitação dos recursos humanos para este fim e a forma como estas atribuições foram assumidas pelo nível municipal (incluindo as fontes de assessoramento técnico e as dificuldades encontradas). Os instrumentos utilizados para as entrevistas, estão descritos nos apêndices II e III. Os respondentes foram assim denominados:

- **g**, para gestores, numerados de 1 a 5, conforme a ordem das entrevistas realizadas, excluído o denominado g2 por não ter respondido aos questionário.
- **r**, para responsáveis por serviços, numerados de 1 a 5 conforme a ordem das entrevistas realizadas, correspondendo ao mesmo município do gestor com seu número de identificação.

Durante a pesquisa nos municípios, dois Secretários Municipais não oportunizaram a realização da entrevista, sendo um por falta de disponibilidade de horário, embora agendado, e outro por motivos de afastamento por problemas de saúde. Posteriormente, o primeiro enviou as respostas via Internet. O outro, não respondeu o questionário, sendo portanto excluído da pesquisa (apenas as respostas ao questionário).

Um responsável pelo setor de Controle, Avaliação e Auditoria, não pode atender a pesquisadora na data prevista, respondendo o questionário e enviando as respostas via Internet.

As atividades desenvolvidas pelo serviço de controle, avaliação e auditoria municipal, foram pesquisadas no respectivo setor, essencialmente através de relatos verbais dos responsáveis, e secundariamente pela verificação de documentos, relatórios e dados estatísticos.

Alguns itens abordados, como a disponibilidade de recursos humanos e materiais e treinamentos recebidos, foram verificados nos serviços e comparados às respostas fornecidas pelos gestores e responsáveis pelos serviços nos questionários próprios.

#### **5.6.1 Tratamento dos dados**

Os dados coletados foram tabulados manualmente pela pesquisadora, iniciando pela análise da documentação relacionada à formalização dos requisitos exigidos pela legislação para o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria. Foi explicitado se o município cumpriu todos os requisitos exigidos, cumpriu parcialmente e/ou formalizou compromisso de implantação. Neste último caso, analisou-se o cumprimento *a posteriori* do compromisso formalizado.

Em relação às nove entrevistas realizadas, foram apresentadas de forma descritiva, evidenciando a percepção dos atores envolvidos (gestores e responsáveis pelos serviços), tendo sido agrupadas primeiramente as questões formuladas para os dois grupos e posteriormente aquelas aplicadas aos responsáveis pelos serviços.

Foi procedida análise dos dados obtidos e itens de avaliação, em termos de adequação e cumprimento da legislação, condições de infra-estrutura, recursos humanos e materiais, elementos de gestão, capacitação e atividades desenvolvidas.

## **5.7 Considerações éticas**

Por tratar-se de uma pesquisa sem riscos e que não requeria anonimato, foi solicitado aos gestores que assinassem e devolvessem à mestranda o termo de consentimento livre e esclarecido, após os mesmos terem tomado conhecimento do projeto através de apresentação da mestranda e da descrição das linhas gerais do projeto e de seus objetivos. Os ofícios de esclarecimento e de consentimento dos Secretários Municipais de Saúde estão descritos nos apêndices 5 a 7.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, tendo sido provada sua publicação de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS, conforme ofício no anexo 3.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1 Habilitação/Formalização

Considerando que a habilitação se constituiu em pré-requisito para a participação do município na pesquisa, encontramos 100% dos municípios pesquisados habilitados à Norma Operacional Básica do SUS 01/96 na Gestão Plena do Sistema Municipal. A habilitação se confirmou através publicação em portaria específica no Diário Oficial da União.

Os processos de habilitação sob a guarda da Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais – GEDUA, foram analisados em sua totalidade, centralizando esta análise nos requisitos relativos a controle, avaliação e auditoria, a considerar que, para se habilitarem deveriam cumprir os requisitos necessários

Foram considerados os documentos disponíveis na data da aprovação do encaminhamento dos documentos à Comissão Intergestores Bipartite, e a complementação dos mesmos, *a posteriori*, no caso de habilitações com documentações pendentes ou compromissos de implantação de serviços.

Na formalização dos quesitos necessários à habilitação, verificou-se que foram cumpridos aqueles relacionados à implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria pelos cinco municípios pesquisados.

Dos cinco municípios da amostra, em dois - São Bento do Sul e Imbituba, as leis que dispõem sobre o Sistema Municipal de Auditoria no âmbito do SUS são posteriores à data de habilitação dos municípios, sendo que para o primeiro, a portaria de nomeação completa dos membros foi elaborada somente em 1999. No segundo caso, os componentes do serviço foram descritos na proposta de estruturação, que não foi datada, mas que previa a implantação do serviço para 01/07/1999.

Este resultado está associado a dois municípios da amostra que se encontravam em Gestão Parcial conforme a NOB 01/93, denotando, a princípio, maior dificuldade na estruturação dos serviços.

Constatou-se que em Rio do Sul e Joinville, a legislação foi complementada por decreto, regulamentando o sistema de controle, avaliação e auditoria. Nos demais foi encaminhada somente lei de criação.

Descrevemos a seguir os dados obtidos com a aplicação do roteiro nos processos de habilitação, no que se refere ao controle, avaliação e auditoria. Foi utilizado o roteiro descrito no apêndice I, que será sintetizado na descrição e análise dos dados coletados, por município, a seguir:

### **6.1.1 Joinville**

A Secretaria Municipal de Saúde, embora não tenha preenchido o documento elaborado pela Diretoria de Inspeção à Rede de Saúde, relativo aos recursos disponíveis para implantação, elaborou um Plano de Controle, Avaliação e Auditoria, bem mais detalhado e abrangente, contemplando: estrutura e funcionamento, nível de hierarquia (subordinado diretamente ao gestor municipal), e o envolvimento nas reuniões da Associação dos Municípios da AMUNESC, na formação da Bipartite Regional, na elaboração da PPI – Programação Pactuada Integrada municipal e regional, no planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada, em articulação com os demais gestores municipais na área de abrangência da AMUNESC, o que demonstra um avanço na sua estruturação e inovação ao fortalecer a inter-relação com outras instâncias, e a competência do serviço.

Em última análise, conforme o documento, a organização desse sistema e sua estrutura visam melhorar o nível de saúde dos usuários do SUS, através da prestação de serviços e ações necessárias para atingir esses objetivos.

Os documentos necessários foram elaborados previamente à habilitação. Através da Lei 3584/97 é instituída a Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria e, subordinados a esta: Serviço de Controle e Avaliação, Serviço de Auditoria, Serviço de Programação e Acompanhamento, Serviço de Metodologia e Organização. Isso denota aproximação com a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, que atualmente dispõe de Controle e Avaliação e Auditoria, em setores distintos (Joinville,1997d). Esta veio complementar a Lei 3419/97 que alterou a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Joinville, ao incluir a Divisão de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria (Joinville,1997a).

O Decreto Nº 8865, de 17 de novembro de 1997, regulamenta o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde - SUS, do Município de Joinville (Joinville,1997e).

Em relação à composição da equipe, em novembro de 1996, é editada a portaria 053/96, nomeando membros para equipe de controle e avaliação (Joinville, 1996). Nesta, esclarecem que até o momento os serviços estavam a cargo do Gestor Estadual e que seriam criados no município por exigência das normas em vigor.

As portarias 021/97 e 024/97, editadas respectivamente em 1º de julho e 07 de agosto de nomeiam equipe para autorização de AIH e APAC, e membros para compor a equipe de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde (Joinville, 1997b, 1997c).

Quando da aprovação pela Comissão Intergestores Bipartite de seu ingresso na condição de gestão Plena do Sistema Municipal, em 13 de março de 1998, o Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria, a considerar a legislação municipal e os demais documentos apresentados, estava implantado no município de Joinville.

O quadro 3 descreve o resumo dos requisitos de controle, avaliação e auditoria no município de Joinville.

**Quadro 4 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Joinville**

Condição de Gestão Prévia	Semi-Plena
População	397.951 habitantes
Data da habilitação	13/03/98
Portaria habilitação	2.801 de 14/05/1998
Lei de criação	Lei 3584 de 03 de novembro de 1997 Decreto 8865 de 17 de novembro de 1997
Contempla atribuições do serviço	Sim
Contempla atribuições da equipe	Sim
Portaria de nomeação	Portaria 053/96 (nomeia equipe de controle e avaliação) Portaria: 021/97 (autorizador de AIH e APAC) Portaria: 024/97 – Controle, avaliação e auditoria. Composição: três médicos, quatro agentes administrativos, contador, odontólogo.
Estrutura	Computador com fax modem: Sim impressora 132 colunas: Sim Linha telefônica: Sim Software MS/DATASUS/SES/DIAR: Sim

**Quadro 4 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Joinville**

Compromisso de estruturação do Controle, Avaliação e Auditoria, na inexistência de legislação específica	Sim - Plano de Controle, Avaliação e Auditoria
Comprovada estruturação posterior	Sim

Fonte: GEDUA/SES

### 6.1.2 Rio do Sul

No processo de habilitação de Rio do Sul, não foi encontrado termo de compromisso de estruturação do serviço, mas o formulário sobre os recursos disponíveis para a implantação foi devidamente preenchido, afirmando que havia Plano para organização do serviço municipal de controle, avaliação e auditoria aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, bem como proposta aprazada para sua implantação.

A Lei 3213, de 21 de outubro de 1997, institui o Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito do SUS e é regulamentada pelo Decreto 437/97 (RIO DO SUL, 1997b,1997c).

O município se habilitou com a portaria de nomeação da equipe existente para controle e avaliação, Nº 002/96, na qual não havia referência à auditoria (Rio do Sul,1996).

Em 28 de abril de 1997, é nomeado médico autorizador de APAC, através da portaria Nº 001/97. Não está designado médico autorizador de AIHs. Porém, como este requisito já estava previsto pela Norma Operacional Básica 01/93, podemos afirmar que permaneceu o profissional que era designado (RIO DO SUL,1997a).

Foi verificado que, no processo de habilitação à Norma Operacional da Assistência à Saúde/2002 está disponibilizada uma nova portaria, datada de 31 de agosto de 2001 (Rio do Sul, 2001), designando médico auditor, médico autorizador e auditores administrativos, totalizando doze servidores, sendo:

- Para a auditoria: um médico auditor técnico e dois autorizadores, dois auditores administrativos;
- Para Controle e avaliação: seis auditores administrativos.

Fica evidenciado, além da ampliação da equipe (que possivelmente reflete o aumento da demanda de trabalho) que o serviço se organizou administrativamente em setores diferenciados.

**Quadro 5 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Rio do Sul**

Condição de Gestão Prévia	Semi-Plena
População	47.822 habitantes
Data da habilitação	13/03/98
Portaria habilitação	2.801 de 14/05/1998
Lei de criação	Lei 3213 de 21 de outubro de 1997 Decreto 437 de 6 de novembro de 1997
Contempla atribuições do serviço	Sim
Contempla atribuições da equipe	Sim
Portaria de nomeação	Portaria: 001/97 (médico autorizador de APAC) Portaria: 002/96 – refere-se a controle e avaliação. Composição: um médico, duas coordenadoras administrativas.
Estrutura	Computador com fax modem: Sim Impressora 132 colunas: Sim Linha telefônica: Sim Software MS/DATASUS/SES/DIAR: Sim
Compromisso de estruturação do Controle, Avaliação e Auditoria, na inexistência de legislação específica	Não consta do processo. Como o município se habilitou com a legislação aprovada, não foi exigido.
Comprovada estruturação posterior	Sim

Fonte: GEDUA/SES

### 6.1.3 Concórdia

O município de Concórdia elaborou documento que intitulou “Proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal” datada de 10 de setembro de 1997, informando à Secretaria de Estado da Saúde que o projeto de lei de criação do serviço já se encontrava na Câmara de Vereadores para aprovação. Na mesma data, foi preenchido e enviado à GEDUA o formulário contendo os requisitos de controle, avaliação e auditoria. Posteriormente, é editada a Lei Nº 3040, em 22 de dezembro de 1997, criando o Sistema Municipal de Auditoria (CONCÓRDIA, 1997c).

Outro documento consta do processo, sem data, intitulado “Proposta aprazada para o serviço municipal de auditoria” que, após a leitura constatou-se que se referia a uma minuta de lei de criação do sistema municipal de auditoria, não sendo relevante por já estar assinada a Lei específica na habilitação.

Em relação à nomeação da equipe, no período da habilitação houve uma portaria de médico autorizador de AIHs (Nº 030/97), uma portaria de médico autorizador de APAC, Nº 075/97 e, posteriormente, é nomeada equipe em 24 de março de 1998, através do Decreto Nº 302/98 constituindo “Comissão Especial para proceder o controle, avaliação e auditoria, do Sistema de Auditoria do SUS”, sendo um médico auditor e dois membros administrativos. O decreto concede a estes últimos, gratificação pelo exercício de função de assessoramento. (RIO DO SUL, 1997a,1997b,1998)

O quadro 5 especifica os itens de habilitação relativos ao controle, avaliação e auditoria para o município de Concórdia.

**Quadro 6 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Concórdia**

Condição de Gestão Prévia	Semi-Plena
População	58.502
Data da habilitação	13/03/98
Portaria habilitação	161 de 22/09/1998
Lei de criação	Lei: 3040 de 22 de dezembro de 1997
Contempla atribuições do serviço	Sim
Contempla atribuições da equipe	Sim
Portaria de nomeação	Portaria: 030/97 (médico autorizador AIH) Portaria: 075/97 (médico autorizador APAC) Decreto 302/98. Composição: um médico auditor, dois membros administrativos.
Estrutura	Computador com fax modem: Sim Impressora 132 colunas: Sim Linha telefônica: Sim Software MS/DATASUS/SES/DIAR: Sim
Compromisso de estruturação do Controle, Avaliação e Auditoria, na inexistência de legislação específica	Sim
Comprovada estruturação posterior	Sim

Fonte: GEDUA/SES

#### 6.1.4 São Bento do Sul

No processo de habilitação de São Bento do Sul, consta compromisso de implantação do Sistema de Controle e Avaliação Municipal, de 10 de novembro de 1997. Com este compromisso, o município foi aprovado pela CIB - Comissão Intergestores Bipartite para a Condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, e sua habilitação foi publicada em 14 de maio de 1998.

A lei Nº 209/98, que dispõe sobre a criação do Sistema Municipal de Auditoria é datada de 30 de junho de 1998, posterior à data da habilitação, bem como a designação dos membros para o serviço (SÃO BENTO DO SUL, 1998).

Em relação às portarias de nomeação, em 30 de abril de 1997 é designado pela portaria 341/97, um responsável pelos trabalhos de auditoria médica no município (SÃO BENTO DO SUL, 1997a) e em 24 de julho do mesmo ano são nomeados médicos autorizadores de AIHs e APAC, através da portaria 002/97(SÃO BENTO DO SUL, 1997b).

A designação de membros para execução de serviços de auditoria no Sistema Único de Saúde - SUS , com duas médicas, uma contadora do Fundo Municipal de Saúde, uma assistente administrativa e uma técnica de enfermagem, ocorre em 1999.

#### **Quadro 7 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de São Bento do Sul**

Condição de Gestão Prévia	Parcial
População	57.098
Data da habilitação	13/03/98
Portaria habilitação	2801 de 14/05/1998
Lei de criação	Lei: 209 de 30 de junho de 1998
Contempla atribuições do serviço	Sim
Contempla atribuições da equipe	Sim
Portaria de nomeação	Portaria 02/97 (médicos autorizadores AIH e APAC) Portaria 341/97 (designa responsável pelos trabalhos de auditoria médica no município) Portaria 01/99 (designa membros para serviços de auditoria no SUS: dois médicos, um contador do FMS, um assistente administrativo e um técnico de enfermagem)

**Quadro 7 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de São Bento do Sul**

Estrutura	Computador com fax modem: Sim Impressora 132 coluna: Sim Linha telefônica: Sim Software MS/DATASUS/SES/DIAR: Sim
Compromisso de estruturação do Controle, Avaliação e Auditoria, na inexistência de legislação específica	Sim
Comprovada estruturação posterior	Sim

Fonte: GEDUA/SES

### 6.1.5 Imbituba

O município de Imbituba foi habilitado na Gestão plena da Atenção Básica em 7 de abril de 1998, pela portaria 2466/98 e, imediatamente, em 28 de julho do mesmo ano, assume a Gestão Plena do Sistema Municipal.

Em 11 de março de 1998, encaminha “Declaração de comprovação de implantação do sistema municipal de controle e avaliação”, onde se compromete em um prazo de seis meses encaminhar projeto de lei ao legislativo, criando o Sistema Municipal de Auditoria, em doze meses a aprovar a lei, encaminhar proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação e designar em portaria específica a equipe de controle e avaliação.

Apresentou ainda (não datada), proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação, com objetivos, metas, recursos humanos e materiais e um cronograma de implantação assim definido:

- Em 03 de setembro de 1998, encaminhamento do Projeto de lei à Câmara Municipal, criando o Sistema Municipal de Controle e Avaliação.
- Em 16 de outubro de 1998 – aprovação da Lei
- 19 e 20 de novembro de 1998 – Treinamento da equipe em curso realizado pelo Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.
- 31 de maio a 4 de junho de 1999 – Curso de auditoria realizado em Braço do Norte.
- 1º de julho de 1999 – implantação do serviço.

Nesta proposta, foram citados nominalmente recursos humanos a serem disponibilizados para o serviço: um médico auditor, um médico autorizador de AIHs, dois auditores administrativos e dois digitadores (os mesmos auditores administrativos).

Em 16 de setembro de 1998, é assinada a Lei nº 1833/98, criando o Controle, avaliação e auditoria no âmbito do SUS.

Encontra-se no processo a portaria 001, de 21 de maio de 2001, alterando a equipe do sistema municipal de controle, avaliação e auditoria, revogando a portaria 02 /99, que não estava disponível para verificação. A portaria 001/2001 nomeia: um médico para coordenar a equipe, exercer a função de auditor e avaliar o SIH e SIA/SUS, um médico autorizador de AIHs dois auditores técnicos, também responsáveis pelo processamento de dados e pelos SIH e SIA/SUS.

**Quadro 8 – Descritivo dos itens exigidos para habilitação à NOB/96, relativos a Controle, Avaliação e Auditoria – Município de Imbituba**

Condição de Gestão Prévia	Parcial
População	32.876 habitantes
Data da habilitação	14/05/98
Portaria habilitação	3.262 de 28/07/1998
Lei de criação	Lei 1833 de 16 de setembro de 1998
Contempla atribuições do serviço	Sim
Contempla atribuições da equipe	Sim
Portaria de nomeação	Portaria: 249/97 (autorizador de AIH) (IMBITUBA, 1997)
Estrutura	Computador com fax modem: não Impressora 132 colunas: sim Linha telefônica: sim Software MS/DATASUS/SES/DIAR: não
Compromisso de estruturação do Controle, Avaliação e Auditoria, na inexistência de legislação específica	Sim
Comprovada estruturação posterior	Não

Fonte: GEDUA/SES

## **6.2 Estrutura dos serviços de controle, avaliação e auditoria**

### **6.2.1 Área Física:**

Por meio de visita “in loco” aos cinco municípios selecionados, constatou-se que, em sua totalidade, possuem junto às Secretarias Municipais de Saúde área física específica para instalação do serviço. Esta, varia em dimensão, e se mostrou proporcional ao número de componentes da equipe e à complexidade das ações e serviços de saúde desenvolvidos no município.

O exemplo mais claro desse fato se refere aos municípios de Rio do Sul (47.822 habitantes) e São Bento do Sul (57.098 habitantes). O primeiro, sendo pólo regional e dispendo de um Hospital de Referência Regional, com uma população menor, possui dois médicos auditores, três auditores administrativos e seis funcionários administrativos no controle e avaliação, enquanto o segundo, dispõe de um médico auditor e dois auditores administrativos.

Em São Bento do Sul, a área torna-se subdimensionada para a equipe existente pelo fato de assumirem atribuições de outras áreas da Secretaria Municipal de Saúde, ocasionando acúmulo de documentos de outros serviços arquivados no local.

Em Imbituba, embora a equipe de controle, avaliação e auditoria seja a menor observada na amostra, constatou-se que esta encontra-se instalada em local subdimensionado .

### **6.2.2 Equipe de Controle, Avaliação e Auditoria:**

Com exceção de Imbituba que não dispõe de médico autorizador no momento, ficando esta função informalmente delegada ao auditor, constatou-se a existência de, no mínimo, 1(um) médico auditor, 1(um) médico autorizador e 1(um) auditor administrativo.

O número de profissionais varia de acordo com o porte do município e a complexidade dos serviços instalados. Através das respostas aos questionários aplicados, foi evidenciada a insuficiência das equipes, qualitativa ou quantitativamente, em todos os municípios, e que serão descritas em item próprio.

Temos a seguinte composição para as equipes:

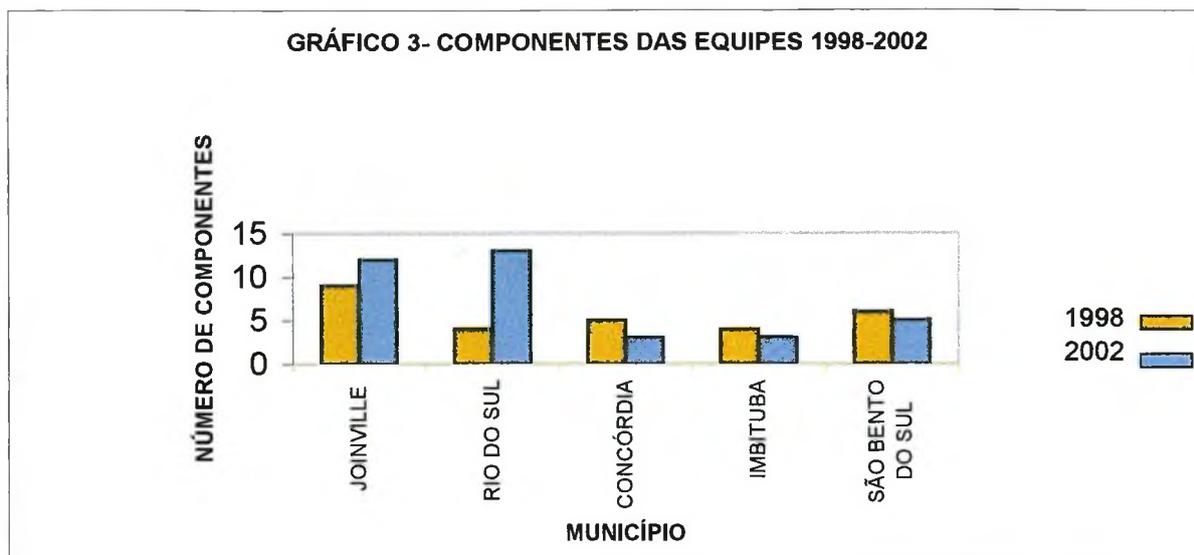
- Joinville: Auditoria: 2 (dois) médicos auditores, 1 (um) auditor bioquímico, 1 (um) auditor odontólogo, 3 (três) auditores administrativos. Controle e Avaliação: 3 (três) médicos autorizadores, 2 (duas) enfermeiras.
- Rio do Sul: Auditoria: dois médicos auditores, dois médicos autorizadores, três auditores administrativos. Controle e avaliação: seis administrativos.
- Concórdia: um médico auditor, um médico autorizador, um auditor administrativo.
- São Bento do Sul: 1(um) coordenador do setor, 1 (um) assistente administrativo, 1 (um) médico auditor, 2 (dois) médicos autorizadores.
- Imbituba: 2 (dois) auditores administrativos, 1 (um) médico auditor. No momento, não há médico autorizador, sendo essa função desempenhada pelo auditor.

Observa-se regularidade na composição das equipes, proporcional ao nível de complexidade dos serviços de saúde no município e à população. Joinville, como maior município do Estado, e apresentando grande número de serviços de saúde próprios e contratados, possui equipe diversificada na qualificação dos componentes agregando odontólogo, enfermeiro, bioquímico, e em maior número, se equiparando com Rio do Sul.

Em relação às equipes descritas nos documentos da época da habilitação, todas foram modificadas, seja pela troca de membros, seja pela modificação do número de componentes da equipe. Em Rio do Sul e Joinville, houve ampliação das equipes, tendo o segundo agregado odontólogo e bioquímico para auditoria específica nestas áreas, três médicos autorizadores para o controle, além de equipe ampliada para controle e avaliação (há 2 enfermeiras, além de funcionários administrativos executando funções de controle e avaliação).

Foi evidenciado ainda que Concórdia, São Bento do Sul e Imbituba, sofreram redução do quadro. Os dois primeiros, encontram-se hoje com um auditor administrativo a menos do que na época da habilitação. Além dessa alteração, São Bento do Sul reduziu de dois para um o número de médicos auditores. Imbituba encontra-se temporariamente sem médico autorizador.

O gráfico 4 mostra a variação do número de componentes das equipes de controle, avaliação e auditoria, comparando a época da habilitação, conforme descrevem as portarias (1998) e os meses de abril e maio de 2002, quando foi aplicada a pesquisa e confirmado *in loco* o número de componentes das equipes. Foram incluídos os auditores administrativos, profissionais de nível superior e médicos auditores e autorizadores.



Fonte: pesquisa de campo

### 6.2.3 Recursos materiais:

Com relação ao componente recursos materiais, este deve ser analisado em duas dimensões principais: - área física e recursos materiais básicos, a considerar escrivaninha, telefone, fax; - componentes materiais mais complexos, como hardware e software necessários.

Todos os serviços pesquisados dispunham de recursos materiais para o desempenho do trabalho: microcomputadores com acesso à Internet, linha telefônica, fax, softwares necessários. No entanto, será verificado posteriormente que, para a maioria dos responsáveis e dos gestores municipais estes são insuficientes.

### 6.2.4 Disponibilidade de informações nos serviços:

Todos utilizam e alimentam os sistemas de informação e bancos de dados do Ministério da Saúde. Não foi informada a disponibilidade de bancos de dados próprios dos municípios. Na elaboração de relatórios, utilizam as informações disponibilizadas pelos bancos de dados nacionais, além de dados fornecidos pelos diferentes setores das próprias Secretarias Municipais.

### **6.2.5 Inserção no organograma da Secretaria Municipal de Saúde:**

No município de Joinville, através das Leis 3.419/97, 3584/97 e do Decreto 8.865/97, é criada a Divisão de Planejamento, Controle, Avaliação e Auditoria, subordinada ao Secretário Municipal de Saúde. Sua operacionalização ocorre através de Serviço de Controle e avaliação; Serviço de Auditoria; Serviço de Programação e Acompanhamento, Serviço de Metodologia e Organização.

Encontramos em Rio do Sul, subordinação à Chefia da Divisão Administrativa, esta ligada ao Secretário Municipal de Saúde. Organiza-se em Serviço de controle, avaliação e processamento, e Serviço de auditoria. Tem responsável único para os dois serviços, interrelacionados em suas funções e operação. O serviço de controle, avaliação e processamento, subdivide-se em: processamento SIA/SIH – SIGAB; Autorização de AIH/exames complementares, diagnóstico e terapia alta complexidade; central de marcação de consultas; recepção/central de prontuários

Em Imbituba não foi disponibilizado organograma da Secretaria Municipal de saúde. Segundo informação verbal dos funcionários, não há organograma estabelecido.

Em São Bento do Sul estrutura-se como Divisão de Controle, Avaliação e Auditoria subordinada a Diretoria Administrativa.

No município de Concórdia, não está inserida no organograma da Secretaria Municipal de Saúde.

Consideramos, portanto, que em 60% dos 5 municípios pesquisados, a estrutura responsável por realizar as ações de controle, avaliação e auditoria se encontram descritas no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Este fato é importante, se considerarmos que para 88,89% dos respondentes, o setor é percebido como importante no sistema municipal de saúde, e aponta para a necessidade dos governantes municipais reorganizarem sua estrutura, acrescentando este serviço aos organogramas existentes.

### **6.2.6 Plano de Cargos, Carreira e Salários Municipais**

Nos municípios pesquisados, não foi descrito cargo de auditor médico e administrativo no Plano de Cargos, Carreira e Salários.

### **6.2.7 Qualificação dos profissionais:**

Neste item, encontramos grande semelhança de situações relativas à formação, treinamento e capacitação dos profissionais que atuam em Controle, Avaliação e Auditoria.

Inicialmente, foi evidenciado pelas entrevistas que, em todos os serviços, foram alocados funcionários do quadro de pessoal das Secretarias Municipais e direcionados a este serviço, não possuindo capacitação específica, mas possuindo conhecimento prévio do assunto. Os auditores administrativos, via de regra, possuem como grau de instrução o ensino médio completo. Os auditores de nível superior (médico, enfermeiro, bioquímico, odontólogo) possuem formação superior, sem especialização específica na área de auditoria.

Foi relatada a participação de todos os profissionais, sejam de nível médio ou superior em pelo menos um evento: treinamentos diversos, proporcionados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado e pelas próprias Secretarias Municipais, direcionados aos sistemas de informação, implantação de novos programas, planejamento e encontros sobre temas afins. No entanto, referem não ter participado de treinamentos específicos ou capacitações envolvendo todas as etapas do processo de controle, avaliação e auditoria. Nas respostas aos questionários aplicados, que serão descritas posteriormente, fica evidente que grande parcela do aprendizado vem se construindo na prática diária.

Encontramos em Joinville, investimento maciço na capacitação de recursos humanos para controle, avaliação e auditoria, sendo que atualmente dez profissionais de nível superior, auditores e autorizadores, freqüentam o curso de Especialização em Gestão e Auditoria de Contas Públicas do SUS, na UNIVILLE, que contou, na sua estruturação, com apoio da própria Secretaria Municipal de Saúde de Joinville e do Consórcio Intermunicipal CIS-AMUNESC.

O médico auditor de São Bento do Sul, contratado via consórcio CIS-AMUNESC frequenta o mesmo curso de especialização.

### **6.2.8 Atividades desenvolvidas:**

Em relação às atividades desenvolvidas, foi constatado que a maneira como os serviços se estruturam difere entre si. Esta diferença, está estreitamente relacionada com o quantitativo e o qualitativo de pessoal disponível e a abrangência

do serviço - relativa ao porte do município, à capacidade de serviços instalada e ao tipo de atendimento oferecido.

Nem todas as atividades desenvolvidas são passíveis de quantificação. Atividades como faturamento e alimentação dos sistemas são inerentes ao serviço e ocorrem de maneira contínua.

As informações sobre as atividades desenvolvidas foram prestadas verbalmente pelos gestores e, fundamentalmente, pelos responsáveis pelos serviços.

Um fato relevante constatado pelas declarações dos responsáveis se refere à demanda de serviços desenvolvidos em parceria com outros setores das secretarias municipais de saúde: implantação de novos programas, programação pactuada e integrada, elaboração de Planos Municipais de Saúde, Relatório de Gestão, Agenda Municipal de Saúde, Plano Plurianual.

Em um município, o serviço de controle, avaliação e auditoria, embora tenha sido apontado o número insuficiente de funcionários, executa serviços pertinentes a outras áreas, como o controle da folha de ponto de todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde e o arquivamento de toda a correspondência e documentação da mesma.(r3).

#### **6.2.8.1 Atividades de controle e avaliação**

As autorizações de AIH foram apontadas por todos como sendo realizadas pelos médicos autorizadores, conforme preconiza a legislação, mediante a apresentação de laudos, com exceção de um município que se encontra sem médico autorizador.

As autorizações de exames de alta complexidade são realizadas por médico autorizador em Joinville e Rio do Sul. Em Concórdia, a própria secretária autoriza e os demais municípios, encaminham para outros centros, não sendo informados dados sobre o número de exames encaminhados.

Em Rio do Sul, todos os procedimentos de alta complexidade em cardiologia, são autorizados mediante avaliação direta do paciente. Cirurgias eletivas são autorizadas pelos médicos autorizadores do serviço, com exceção de São Bento do Sul, onde são autorizadas pela Direção do Departamento de Saúde, constituída por uma médica, não pertencente ao quadro de funcionários do controle e avaliação.

A operação e a alimentação dos sistemas de informação ambulatorial e hospitalar, enquanto exigência do nível federal, é realizada, e sua operação está centralizada nas questões relativas ao faturamento. A exceção foi Joinville, onde comprovaram estudos dos dados disponibilizados por estes programas para controle, avaliação e planejamento dos serviços. Em Concórdia, utilizam para elencar mensalmente as causas de internação.

Na perspectiva da avaliação, a análise de dados epidemiológicos e indicadores de saúde do município, foi listada entre as atividades desenvolvidas por apenas um responsável por serviço (r4). Um município avalia as causas de morbidade de pacientes internados (r5).

As relações com os prestadores privados, no tocante às supervisões regulares/vistorias foram assim descritos:

- a) Ocorre de forma ainda incipiente em São Bento do Sul, onde o médico auditor está iniciando esta atividade, sem participação dos auditores administrativos. Por tratar-se de equipe nova no setor, não realizaram vistorias com fins de credenciamento até o momento.
- b) Ocorre através de vistorias para credenciamento, vistorias em hospitais para checagem de cadastro, equipamentos e serviços disponíveis em Joinville.
- c) Em Rio do Sul, realizam vistoria para credenciamento de novos serviços.
- d) Concórdia e Imbituba não informaram a realização destes procedimentos .

No município de Joinville, foram elencados ainda as seguintes atividades desenvolvidas: Parceria com a Promotoria Pública para encaminhamento das denúncias de cobrança de exames de pacientes internados pelo SUS; existência de protocolos clínicos para solicitação de exames de alta complexidade; regulação de todos os procedimentos de média e alta complexidade; análise regular dos indicadores de saúde com dados repassados pelas vigilâncias sanitária e epidemiológica, planejamento e divisão ambulatorial; acompanhamento do PMS; banco de dados da APAC; trabalho educativo com profissionais que encaminham solicitações de exames não pertinentes.

Em relação à avaliação regular da satisfação do usuário, em São Bento do Sul informam que uma vez por ano são disponibilizados questionários nas unidades públicas, para serem respondidos pelos usuários. Os demais, não informaram realização rotineira. No entanto, quando ocorrem solicitações de avaliação como o

PNASH -Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, estes serviços são realizados.

Para todos os municípios, as denúncias são recebidas através:

- Do Controle, Avaliação e Auditoria;
- Do CMS – Conselho Municipal de Saúde;
- Do SADE –Serviço de Atendimento de Demanda Espontânea do Ministério da Saúde, e
- De cartas originadas da Unidade de Acompanhamento de Cartas aos Usuários do SUS – UNAC, Ministério da Saúde.

#### **6.2.8.2 Auditoria**

O tratamento dado às denúncias originadas do Ministério da Saúde, seguem os trâmites de abertura de processo, apuração e informação àquela instância sobre a conclusão do processo e medidas adotadas.

As denúncias recebidas na Secretaria Municipal de Saúde, através do Controle, Avaliação e Auditoria, ou provenientes do Conselho Municipal de Saúde são apuradas de diferentes maneiras:

- Todas as denúncias geram processos(r1);
- Denúncias ocorrem eventualmente e são apuradas pela equipe(r2);
- Denúncias geram processos e são apuradas pelo médico auditor. Apontam dezenove processos em andamento (r3);
- As denúncias recebidas são apuradas. Quando necessário, são instaurados processos. Do contrário, são solucionadas, com retorno ao usuário, sem ocorrência de processo(r4), e
- Estão disponíveis para apurar denúncias, mas não as têm recebido(r5).

As apurações acabam, por conseguinte, se constituindo em atividade de auditoria.

A realização de auditoria nos prestadores privados, sejam analíticas, operativas ou geradas por denúncia, foram assim descritas:

- a) Rio do Sul: não informam estatísticos sobre número total de auditorias realizadas. Informam a realização de duas auditorias operativas, sendo uma em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. Cinco auditorias

- por denúncia em apuração. Não informaram realização de auditorias analíticas.
- b) Imbituba: o número de auditorias operativas não informado. Analítica em prestadores privados, informam quatro ocorrências em 2000, duas em 2001 (homônimos e laudos represados). Duas especiais por denúncias (2001 e 2002).
  - c) São Bento do Sul: realizam auditoria analítica nos homônimos, iniciando processo de auditoria operativa nos prestadores privados. A partir de novembro de 2001, informam 19 processos de auditoria especial por denúncias.
  - d) Concórdia: Não realizam auditoria operativa. Auditoria analítica em prontuários hospitalares, não quantificado. Por denúncia, não relatam ocorrência.
  - e) Joinville: em 2002, contabilizam: 12 denúncias concluídas que não geraram processo, 44 denúncias que geraram processos, estando 7 concluídas, 2 auditorias analítica/operativas, analítica em 8 laboratórios, glosas em boletim de produção.

No caso de São Bento do Sul, constatou-se que o trabalho encontra-se em fase inicial de estruturação e que os serviços de auditoria são realizados, quase em sua totalidade, exclusivamente pelo médico auditor.

### **6.3 Percepção dos gestores e responsáveis pelos serviços municipais**

Dos cinco municípios selecionados, um secretário não respondeu ao questionário durante a visita local e não enviou respostas, totalizando quatro questionários considerados respondidos pelos secretários municipais de saúde e cinco respondidos por responsáveis pelos serviços.

Dentre as questões constantes do apêndice 2 e do apêndice 3, o grupo a seguir foi formulado igualmente para os dois grupos (gestores e responsáveis pelo serviço), totalizam nove indivíduos respondentes:

- Na condição de gestor municipal de saúde/responsável pelo serviço, como o (a) Sr.(a) define controle, avaliação e auditoria no âmbito do sistema municipal de saúde?

- O (a) Sr.(a) tem conhecimento sobre o modo como o município assumiu estas responsabilidades? Quem elaborou a lei específica?
- De quem o município recebeu assessoria técnica para a implantação do serviço?
- A quem o(a) Sr. (a) atribui e responsabilidade pela capacitação técnica dos profissionais p atuarem nesta área?
- Quais as principais dificuldades encontradas para o exercício destas atribuições?
- De que forma foram selecionados os profissionais para atuarem neste serviço?
- Na sua opinião, quase as ações mais importantes desenvolvidas (citar as cinco que considera mais importantes)?
- O senhor considera suficientes os recursos materiais e humanos disponíveis para o serviço?
- Existem mecanismos de articulação entre o Controle, Avaliação e Auditoria e o Conselho Municipal de Saúde? De que forma ocorrem?

As respostas obtidas foram agrupadas em conjunto gestor/responsável e estão descritas por item conforme segue:

### **6.3.1 Definição de Controle, avaliação e auditoria**

A primeira questão, solicitando definir controle, avaliação e auditoria no âmbito do sistema municipal de saúde, evidenciou a visão dos gestores de que se constitui em um setor de extrema importância. As respostas obtidas, foram sintetizadas como: essencial para a gestão, organização, impactação dos resultados, fiscalização e planejamento, definição do perfil da saúde do município e indicador de metas. Um gestor, conceituou como:

“conjunto de atividades de fiscalização das ações e serviços de saúde prestados ao SUS, aferindo a estrutura destes no âmbito municipal, considerando a efetividade e o conseqüente aperfeiçoamento dos mesmos.” (g1)

Para os responsáveis pelos serviços, obtivemos respostas variadas, sendo que em 40% denotam aproximação com a definição referida na bibliografia:

- “O serviço tem a principal função de acompanhar contratos e cadastramentos, o que foi programado, enquanto está sendo realizado e após a realização, objetivando acompanhar a satisfação da clientela” .(r4)
- “Controle de todos os serviços de saúde, funcionamento e acompanhamento. Como o serviço está chegando na população. Auditoria: fiscalização”.(r3)

Os 60% restantes, variaram entre si, agregando às respostas, as dificuldades encontradas para o exercício das atribuições. O serviço foi definido por um dos responsáveis(r1) como predominantemente quantitativo e menos qualitativo, não funcionando como deveria por falta de dados agrupados no setor.

Fugindo à visão geral que este grupo demonstrou acerca da importância do serviço, destacamos uma resposta:

“É um sistema necessário em parte, superdimensionado nas suas atribuições. Acho desnecessária a criação de controle, avaliação e auditoria a nível municipal, pois considero muito gasto para o município implantar esta estrutura. A supervisão deveria ser mínima do município e maior do estado. Talvez estruturar em municípios maiores, que assumem um atendimento regional. Nos demais, somente auditoria analítica”.(r2)

Julgamos que esta colocação se relaciona à dimensão e à capacidade instalada na respectiva Secretaria Municipal de Saúde, sendo o menor município da amostra, e onde há dificuldade na alocação de profissionais para atendimento na rede e para os serviços de controle, avaliação e auditoria, tornando-se na visão do responsável um setor oneroso, e não um meio para racionalizar e organizar a distribuição de recursos.

### **6.3.2 Elaboração da documentação necessária à habilitação**

No quesito relativo ao modo como o município assumiu estas atribuições e a elaboração da lei específica, entre secretários e responsáveis pelos serviços, houve unanimidade nas respostas, apontando para a elaboração da lei específica pelas próprias Secretarias Municipais de Saúde, sendo citado por um secretário, o formulário elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde.

### **6.3.3 Assessoria técnica e capacitação para as ações**

Em relação à assessoria técnica para a implantação do serviço na época da habilitação, houve predominância entre as respostas obtidas (67,00%), que apontam o Estado, através do nível central da Secretaria de Estado da Saúde e das Regionais de Saúde, como principal responsável pela assessoria aos municípios para implantação dos serviços. As demais fontes de assessoramento citadas foram, com uma ocorrência cada: técnico anteriormente pertencente ao quadro da SES,

nenhuma assessoria externa e técnicos de outras secretarias municipais (11,00% cada ocorrência).



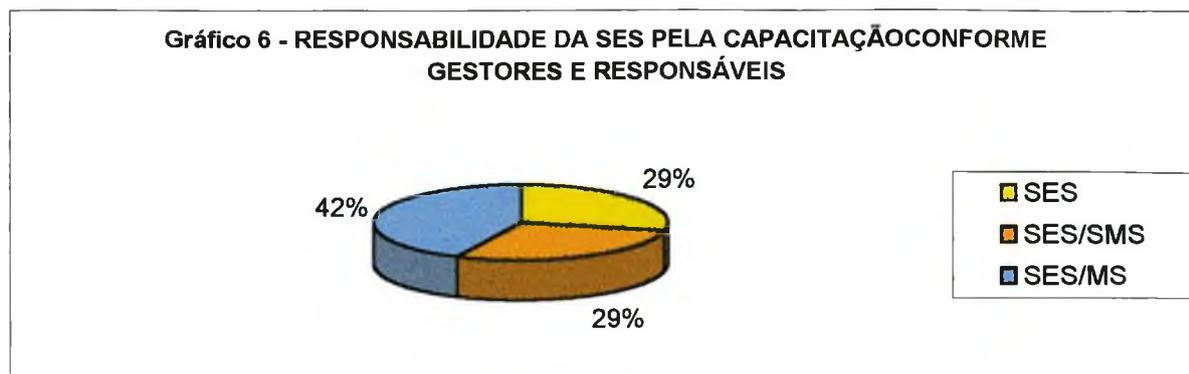
Fonte: pesquisa de campo

Quando questionados sobre quem seria de fato o responsável por capacitar tecnicamente os profissionais dos municípios para atuarem nesta área, a Secretaria de Estado da Saúde foi apontada em 78,00% das respostas e o Ministério da Saúde foi apontado como único responsável em duas respostas, perfazendo 22,00%, este com a justificativa de que dele emanam a legislação e conseqüentemente as exigências previstas.



Fonte: pesquisa de campo

Dentre as respostas que citam a Secretaria de Estado da Saúde como principal responsável, 29,00% a colocam como única responsável. Com o igual score, em conjunto com as secretarias municipais e, 42,00%, apontam para responsabilidade conjunta entre SES e Ministério da Saúde, conforme aponta o gráfico 6.



Fonte: pesquisa de campo

#### 6.3.4 Dificuldades para a atuação

Em relação às dificuldades encontradas para a atuação, os 9 entrevistados apontam mais de um fator. Os fatores predominantemente citados, foram:

- recursos humanos capacitados: 55,55%,
- treinamento específico: em 44,44% das respostas.

Com duas ocorrências, temos a dificuldade de acompanhar a dinâmica da legislação, a dificuldade de relacionamento com prestadores, a falta de conhecimento da instância superior (prefeito municipal) sobre este serviço.

Foram citados ainda como dificuldade para o exercício das atribuições: a falta de *softwares* de regulação dos serviços, com histórico dos pacientes e profissionais solicitantes de procedimentos e autorizadores e a inexistência de protocolos comuns de atendimento entre os municípios(r4).

Destacamos uma resposta:

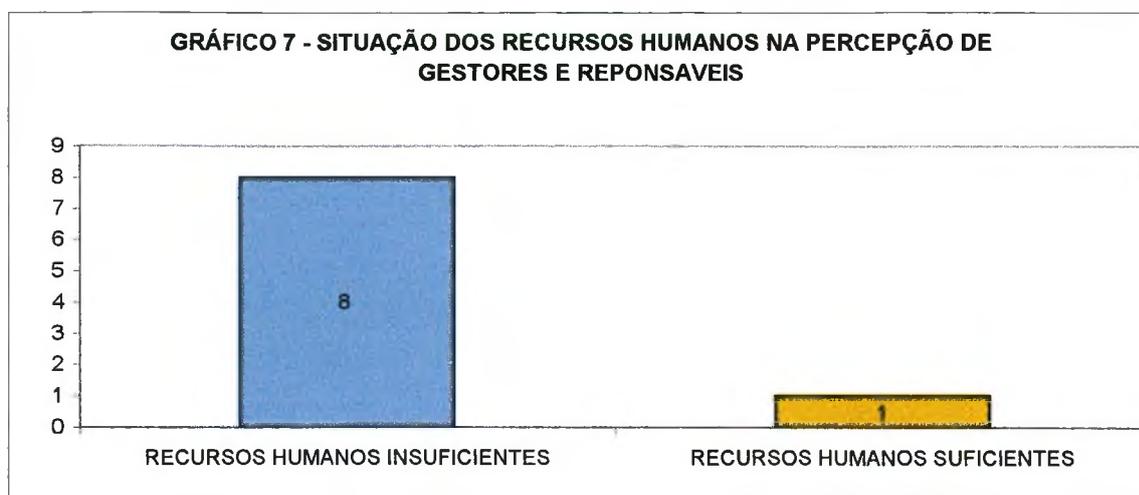
a pouca clareza do papel na relação com os prestadores, com os gestores, com a clientela. Os grupos de auditoria são fechados, dificultando a inter-relação com a instituição. Os dados não geram informação. É uma instância nova, não possui jurisprudência, cultura própria (r1).

#### 6.3.5 Recursos disponíveis

No tocante aos recursos materiais e humanos disponíveis para o exercício das funções, houve apenas uma resposta considerando os recursos humanos suficientes, porém necessitando qualificação. Os demais, em número de oito, apontam para a insuficiência de recursos humanos para o serviço, enquanto quatro

destes apontam igualmente para a insuficiência de recursos materiais, incluindo nestes *softwares* e área física.

A falta de especialização de recursos humanos para o setor foi apontada como uma das dificuldades encontradas para o exercício das funções.



Fonte: pesquisa de campo

### 6.3.6 Seleção dos profissionais

A forma de seleção da equipe para desempenhar as funções de controle, avaliação e auditoria foi descrita, essencialmente, como remanejamento de profissionais já existentes no próprio quadro da secretaria municipal. Como exceção, um gestor municipal, que afirmou terem sido contratados profissionais com perfil adequado para as funções(g4).

### 6.3.7 A percepção de gestores e responsáveis pelos serviços sobre o grau de importância das atividades desenvolvidas

Neste item, foi considerada a percepção de gestores e responsáveis por serviços, solicitando aos mesmos que descrevessem, dentre as atividades que desempenham em controle, avaliação e auditoria, as cinco que consideram mais importantes. O número de atividades apontadas por indivíduo, variou entre duas e cinco.

No total, foram apontadas 29 atividades, sendo que naquelas relacionadas ao controle e à avaliação foi especificado o tipo de atividade, enquanto a auditoria foi

considerada no todo, sem diferenciação de tipos, sendo apontada em cinco respostas.

Com maior número de citações foram apontadas as atividades de controle, seguidas pelas de avaliação.

Nas atividades de controle citadas, foram apontadas com três ocorrências cada: controle dos serviços (organização, demanda, produção); controle financeiro, faturamento, controle SIH, controle de exames; credenciamentos e contratos. Este item, agregou ainda as questões: respeito à programação pactuada e cumprimento das portarias, acompanhamento dos serviços hospitalares, estabelecimento de rotinas e protocolos de atendimento, com uma ocorrência cada.

No tocante às atividades de avaliação, agregou o maior número de respostas a avaliação da satisfação do usuário, com duas ocorrências. A avaliação de resultados, do atendimento dos prestadores, a produção de dados fidedignos e a publicização destes, obtiveram uma citação cada.

Atividades educativas foram apontadas por quatro respondentes.

Duas atividades foram citadas por um gestor como mais importantes, com a afirmação, porém, de que ainda não as realiza em seu município por dificuldades estruturais: o desenho do perfil epidemiológico do município e o fortalecimento da referência e contra-referência.

O quadro 9 aponta as respostas obtidas dentre os nove respondentes.

**Quadro 9 – atividades mais importantes segundo gestores e responsáveis pelos serviços**

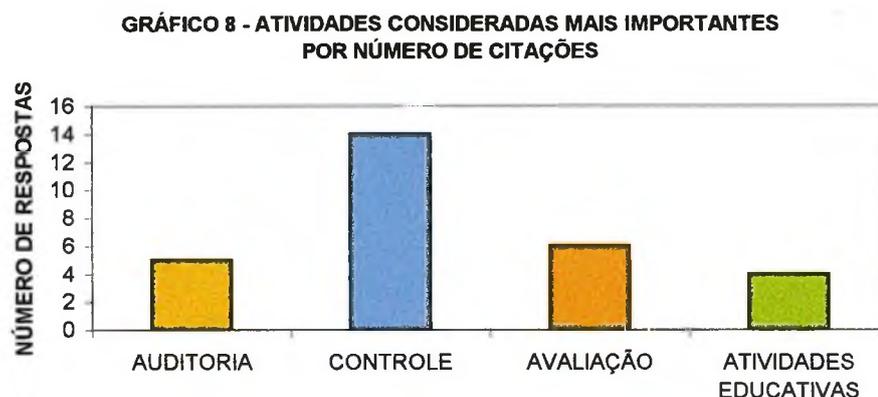
ATIVIDADE	GESTORES	RESPONSÁVEIS
<b>AUDITORIA</b>		
Auditoria	2	3
<b>CONTROLE</b>		
Controle dos serviços (organização, demanda, produção)	1	2
Controle financeiro, faturamento, controle SIH, controle de exames	1	2
Credenciamentos/contratos	1	2
Cadastramentos		1
Acompanhamento dos serviços hospitalares	1	
Estabelecimento protocolos/rotinas de atendimento	1	
Respeito à programação pactuada	1	
Cumprimento das portarias	1	
<b>AValiação</b>		
Satisfação do usuário		2
Avaliação de resultados		1
Avaliação do atendimento dos prestadores		1
Produção de dados fidedignos	1	
Publicização dos dados	1	

**Quadro 9 – atividades mais importantes segundo gestores e responsáveis pelos serviços**

ATIVIDADES EDUCATIVAS		
Assessoria a prestadores	1	1
Assessoria ao Secretário Municipal		1
Parcerias com órgãos de classe (CRM e outros)		1

Fonte: pesquisa de campo

Traduzidos em gráfico, o número de respostas obtidas fica assim configurado:



Fonte: pesquisa de campo

Destacaram-se as atividades de controle. Importante destacar que, a avaliação foi apontada em número superior à auditoria, como um indicativo da mudança de ótica que vem ocorrendo no setor.

### 6.3.8 Articulação com o Conselho Municipal de Saúde

Todos os gestores descrevem mecanismos de articulação do serviço de controle, avaliação e auditoria com o Conselho Municipal de Saúde, enquanto instância efetiva de controle e avaliação do sistema de saúde: dois secretários afirmam que os relatórios mensais da secretaria são submetidos à aprovação do CMS, e nesta mesma proporção, a compra de novos serviços. Um secretário se reportou à aprovação do Plano Municipal de Saúde pelo CMS e as denúncias e reclamações que, feitas ao CMS são encaminhadas para o serviço de controle, avaliação e auditoria. Um secretário afirma que a articulação se dá via comissão Interna e Externa do CMS, resposta aprofundada pelo responsável por este serviço (r4) ao afirmar:

“Todas as solicitações de credenciamento são analisadas e validadas pela Comissão de Assuntos Internos do CMS, assim como todas as denúncias são encaminhadas à Comissão de Assuntos Externos. Os pareceres de ambas as comissões são apreciados pelo CMS em reunião mensal ordinária. Bimestralmente prestamos contas ao CMS do PPA e LDO, além de prestação de contas contábeis e da central de resultados de custos” (r4)

Para dois responsáveis, não há mecanismos de relacionamento entre estas duas instâncias. As demais respostas, estão em consonância com os secretários municipais.

No tocante ao cumprimento das recomendações do serviço de controle, avaliação e auditoria pelo gestor municipal, foram formuladas questões diferenciadas:

- Para o responsável pelo serviço: O gestor municipal cumpre as recomendações do serviço de controle, avaliação e auditoria?
- Para o gestor municipal: O compromisso do gestor municipal em cumprir as recomendações do serviço de controle, avaliação e auditoria está explícito? De que forma?

Obtivemos, para esta questão, dentre os responsáveis, 100% de respostas afirmativas, complementadas por dois deles com observações: *“em sua maioria”* (r2) e *“todas as recomendações e determinações deste serviço são transformadas em Instrução Normativa da Secretaria da Saúde”* (r4)

Já os secretários, revelam que, embora não havendo compromisso formal, as decisões são acatadas, e complementam: *“se estiverem tecnicamente embasadas”*(g1), *“em geral acato e normalmente as decisões são tomadas em conjunto”* (g5), *“Através da definição de Instruções Normativas e da Comissão Municipal de Credenciamento”* (g4).

#### **6.4 Questões aplicadas especificamente aos responsáveis pelos serviços**

As demais questões foram aplicadas somente aos responsáveis pelos serviços, por se tratarem de especificidades da organização destes. São elas:

- Que tipo de treinamento a equipe tem recebido para atuar? É suficiente?
- Quais as necessidades percebidas pela sua equipe em relação à treinamento/capacitação?
- Na sua percepção, o serviço de controle, avaliação e auditoria tem contribuído para a melhoria dos problemas de saúde da população/ De que forma?

- Controle e avaliação estão organizados em um setor separado da auditoria?  
Justifique:

- O controle e a avaliação ambulatorial e hospitalar encontram-se agregados um ao outro ou sua atuação se dá de forma separada?

Em relação à suficiência e ao tipo de treinamentos recebidos e as necessidades percebidas, foi evidenciado pelos cinco participantes que não são suficientes os treinamentos recebidos até então.

A dificuldade levantada reside essencialmente em treinamento específico para as funções de controle, avaliação e auditoria. Existe a participação em eventos diversos relacionados ao Sistema Único de Saúde, como a implementação de políticas, normatizações do Ministério da Saúde, implantação de novos programas e sistemas, mas no que se refere à políticas, normatização e modos de atuação em controle, avaliação e auditoria, ou não ocorreram ou não são suficientes.

Foram citados como necessidades essenciais de treinamento: funcionamento do serviço de controle, avaliação e auditoria, funcionamento do SUS.

Um entrevistado destaca a participação, atualmente, de membros do serviço em curso de pós-graduação em auditoria, e aponta a necessidade de cursos de curta duração, extensivo ao pessoal de nível médio, visando capacitá-los para a execução das ações do dia-a-dia.

Sobre a organização do serviço, em dois municípios estão estruturados em setores separados a auditoria e o controle e avaliação, com justificativas dos responsáveis relacionadas: às diferentes funções dos dois setores(r4) e "são equipes diferentes,mas relacionadas entre si"(r1).

Nos demais, o funcionamento se dá em um mesmo setor, sendo que um responsável justificou afirmando que: "*pelo espaço físico e pessoal disponível*"(r2).

As atividades de controle, avaliação e auditoria ambulatoriais e hospitalares funcionam agregadas em todos os serviços pesquisados.

Sobre a contribuição do serviço para a melhoria do nível de saúde da população, 100% dos entrevistados afirmaram que o serviço vem contribuir para este fim, e apontaram diferentes formas de contribuição:

- organizando o acesso às cirurgias eletivas, agendamento de consultas e exames;
- direcionando os recursos, ampliando a assistência através da ordenação dos serviços;

- avaliando e controlando como a população está sendo atendida;
- a partir do momento em que se consegue ampliar o acesso e atender as necessidades individuais e o ressarcimento das injustiças e erros cometidos no decorrer do processo;
- inibindo cobranças.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização das ações de controle, avaliação e auditoria vem se efetivando gradualmente na proporção em que avança a implantação do Sistema Único de Saúde, com suas necessidades de ajustes expressas pela dinâmica da legislação.

Na reorganização das práticas de saúde, se destaca como necessidade imediata, a implantação de novas estratégias e instrumentos de avaliação, que acompanhem as perspectivas de modificação no modelo de atenção à saúde.

A partir da edição da Lei Orgânica da Saúde, se ampliam as responsabilidades municipais, e nesse contexto, se incluem aquelas relativas à implantação dos serviços de controle, avaliação e auditoria. A Lei 8080/90 destaca entre as competências da direção nacional do Sistema Único de Saúde: estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional, em cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal (BRASIL, 1990a).

O Decreto nº 1651/95, regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS e descreve as atribuições pertinentes a este órgão, esclarecendo que o SNA compreende os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS (BRASIL, 1995).

Com a publicação das Normas Operacionais Básicas do SUS, a organização dos serviços avança no nível municipal, agregando funções, ampliando seu poder de decisão e atuação e, conseqüentemente, as suas responsabilidades. No entanto, o suporte técnico necessário à implantação não acompanha os níveis de exigência da legislação, o que se evidenciou na falta de treinamento e capacitação dos municípios para assumirem as novas atribuições. Pelas respostas obtidas na pesquisa, pode-se afirmar que os municípios se habilitaram sem ter recebido a devida capacitação técnica para assumir a totalidade dessas funções.

A Norma Operacional Básica do SUS 01/96, exige para os municípios que assumiram a gestão Plena do Sistema Municipal, que seja constituído o componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria, através da formação de equipe de controle, avaliação e auditoria, estruturada de acordo com as

necessidades particulares de cada município, obedecendo as diretrizes nacionais do sistema.

No estado de Santa Catarina, a concretização destas exigências começa a se estruturar a partir de 1997, sendo que as habilitações iniciam de fato, no primeiro trimestre de 1998.

A legislação necessária foi elaborada, equipes foram constituídas e, gradualmente, as ações e serviços de controle, avaliação e auditoria, até então realizadas pelo estado, passam a ser assumidos pelas Secretarias Municipais de Saúde.

Pode-se afirmar que, legalmente, nos cinco municípios pesquisados, os serviços estão criados e existem recursos humanos alocados nos setores para o cumprimento das atividades propostas. Neste aspecto, foi constatado menor dificuldade de organização dos municípios que se encontravam em Gestão Semi-plena conforme a NOB/SUS/01/93, que se confirma pela elaboração prévia da legislação necessária à habilitação e com maior agregação de conteúdo em relação aos modelos que foram propostos, à época, pela Secretaria de Estado da Saúde.

Ao compararmos as portarias de nomeação das equipes da época das habilitações, com as equipes que atualmente atuam no serviço, constatou-se que houve mudanças, ocorrendo agregação de membros nos municípios com maior complexidade de serviços, e diminuição nos demais. Novamente o resultado aponta para melhor estruturação naqueles em gestão semi-plena prévia, com exceção de Concórdia, onde a equipe se reduziu.

No entanto, a considerar o aumento em alguns municípios e a diminuição nos demais, a insuficiência de recursos humanos em número e qualificação suficientes para desempenhar as atividades de controle, avaliação e auditoria foram levantadas por todos, além da insuficiência de recursos materiais. Aliados a esses fatores, a não existência do cargo de auditor nos planos de carreira, cargos e salários e a inserção do serviço no organograma da secretaria municipal somente em três dos municípios pesquisados, dão conta de que, apesar da percepção dos atores sobre a importância do setor para o sistema municipal de saúde, na prática ele ainda não está completamente solidificado nas estruturas das Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com a sua real importância.

No quesito "atividades desenvolvidas", ao agregarmos à constatação local dos serviços desenvolvidos, as respostas dos gestores e responsáveis pelos

serviços, verificou-se que, dentre as atividades consideradas mais importantes, as relacionadas ao controle receberam maior número de respostas, seguidas pela avaliação e finalmente pela auditoria. Ganhou destaque ainda o papel educativo do serviço, através de assessoria aos prestadores de serviço e aos próprios secretários municipais de saúde.

Estas afirmações, denotam relativo avanço na concepção dos objetivos do serviço, pois embora ainda se destaquem as atividades de controle, a avaliação e as atividades educativas foram apontadas em número significativo.

Chama a atenção em relação às atividades desenvolvidas a demanda de serviços realizados junto a outros setores das secretarias municipais, que não se constituem em responsabilidade exclusiva de controle, avaliação e auditoria, mas que retratam importante inter-relação com os demais serviços e reforçam a abrangência das atribuições do serviço: implantação de novos programas, programação pactuada e integrada, elaboração de Planos Municipais de Saúde, Relatório de Gestão, Agenda Municipal de Saúde, Plano Plurianual.

A análise dos dados epidemiológicos do município pelo controle e avaliação foi referido por um município apenas onde, demonstraram ainda melhor nível de organização das atividades como : existência de protocolos clínicos para autorização de exames de alta complexidade; regulação de todos os procedimentos de média e alta complexidade; análise regular de indicadores de saúde, incluindo dados repassados pelas Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica, pelo planejamento e pela divisão ambulatorial; acompanhamento do Plano Municipal de Saúde; estruturação de banco de dados de APAC; trabalho educativo junto aos profissionais que encaminham solicitações de exames. Da mesma forma, um gestor apontou para necessidade de produção e publicização de dados fidedignos, como elementos importantes no processo de controle e avaliação.

Na nossa percepção, as possibilidades de atuação das equipes de controle, avaliação e auditoria, centradas na garantia da qualidade da atenção, passam obrigatoriamente pela qualificação e pela formação dos profissionais, considerando essencialmente a capacidade de inovar em métodos, ferramentas e mecanismos de adaptação às realidades locais.

Além disso, as atividades devem se fortalecer no sentido da apuração de resultados, da verificação do impacto das ações e serviços de saúde na saúde da

população, na otimização de recursos visando ampliar o nível de saúde e não somente o acesso aos serviços.

Os profissionais para atuarem neste campo devem possuir visão global de saúde pública e devem receber a devida capacitação para o desempenho das atividades. Nesse contexto, destacamos a iniciativa de Joinville, onde além da multidisciplinaridade da equipe, estão realizando maciço investimento em capacitação.

É importante atentar ainda para a coesão das equipes, evitando fragmentação do processo de trabalho, colocando objetivos claros para as equipes, no que se refere à atuação da instituição como um todo. No desenvolvimento e aprimoramento das atividades, há que se levar em conta que, através do fortalecimento e da ampliação da autonomia do mesmo, o serviço de controle, avaliação e auditoria não se torne um setor paralelo no sistema de saúde, mas mais uma peça importante neste todo.

Ao analisarmos a percepção dos gestores municipais de saúde e dos responsáveis pelos serviços, constatou-se nos dois grupos visão semelhante sobre o serviço, destacando sua importância no contexto saúde do município, como instrumento de orientação das necessidades e norteador da gestão.

A colocação que se contrapôs a esta visão, julgando o serviço desnecessário no nível municipal, reflete as dificuldades próprias dos municípios menores, com menor número de serviços especializados e dificuldades de alocação e de pagamento de pessoal. Sob esta ótica, foi percebido mais como um setor a onerar o orçamento municipal e menos como meio de racionalizar e organizar a distribuição de recursos. Esta afirmação vem contrariar as definições correntes para as atividades de controle, avaliação e auditoria, onde se afirma que estas atividades visam a busca de informações gerenciais importantes para o processo decisório, que permitam analisar, controlar e avaliar o grau de desempenho das unidades de saúde, com vistas ao fim maior do sistema, que é a satisfação dos usuários.

A diversidade de modos de estruturação dos serviços se mostrou fundamentada essencialmente no qualitativo e quantitativo de pessoal e na abrangência do serviço (porte do município, capacidade de serviços instalada, tipo de atendimento oferecido).

Na perspectiva da legislação atual, a Norma Operacional da Assistência à Saúde/2002 (BRASIL,2002a), aponta para o fortalecimento das ações de controle, avaliação e de regulação que deve ocorrer nas seguintes dimensões:

- avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão;
- relação com os prestadores de serviço;
- qualidade da assistência e satisfação do usuário;
- resultados e impacto sobre a saúde da população.

Estas dimensões são bastante amplas, e os municípios têm dificuldades técnicas e de recursos humanos para a operacionalização das mesmas.

O Ministério da Saúde propõe (BRASIL,2002a), com relação à organização do sistema e do modelo de gestão que todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso, na alocação dos recursos, e propõe o relatório de gestão como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de gestão.

O controle e a avaliação dos prestadores de serviço, abrange o conhecimento dos estabelecimentos localizados em seu território, cadastramento de serviços, compra e contratualização de serviços conforme a necessidade e a legislação específica, além do acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados. Destaca o interesse público e as necessidades assistenciais como fatores que devem pautar a compra de serviços da rede privada, quando a disponibilidade da rede pública for insuficiente.

A avaliação dos resultados da atenção e do impacto na saúde, envolve o acompanhamento de resultados em função dos objetivos, indicadores e metas apontados nos planos de saúde e requer vontade política para sua efetivação.

A NOAS/2002 reforça a possibilidade de se continuar um processo onde, com esforço integrado dos três níveis de governo, as ações de controle e avaliação passam a incorporar mais claramente o papel de garantir à população serviços de qualidade (BRASIL, 2002a).

As normas apontam para a definição de responsabilidades das diferentes instâncias, evitando superposição de atividades ou em alguns casos a omissão de alguma instância na execução de atividades que lhes são pertinentes.

Consideramos a importância desta organização à luz da necessidade de estabelecer mais efetivamente as competências de cada esfera, no que se refere ao controle e avaliação, que não se mostram de todo claras, apesar da intensificação

no desenvolvimento dessas atividades, principalmente nos municípios em gestão plena do sistema municipal.

A Secretaria de Assistência à Saúde – SAS, enquanto responsável pelo estabelecimento de normas, critérios, parâmetros e métodos para sistematizar e padronizar técnicas de controle e avaliação da assistência à saúde, pelo acompanhamento e avaliação de métodos e instrumentos de controle e avaliação de estados e municípios, elenca as atribuições de cada nível de governo no tocante ao controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS (BRASIL, 2002b).

A própria SAS afirma que cabe ao Ministério da Saúde instrumentalizar estados e municípios para organização dos sistemas, que garantam acesso à todas as ações e serviços de saúde, reorganizando a assistência de modo a favorecer a mudança do perfil de saúde da população (BRASIL, 2002b).

Ao gestor municipal de saúde caberá, segundo a portaria 423/02 (BRASIL, 2002b) controlar, regular e avaliar a qualidade a eficiência e eficácia dos serviços públicos e privados existentes em seu território, na garantia do atendimento de qualidade à população.

Na lógica da descentralização, deverão fortalecer a prática da avaliação baseada em parâmetros e indicadores e efetuar permanentemente o controle direto e sistemático sobre ações e serviços de saúde à população, que estejam sob sua gestão.

No nosso entendimento, para que estas determinações venham a se efetivar os caminhos apontam para a ampliação das equipes e o fortalecimento de sua atuação através de treinamentos, elaboração de legislação específica, inserção do cargo de auditor nos planos de carreira, cargos e salários das secretarias municipais de saúde. A reorganização das práticas de saúde passa necessariamente pela definição de novas estratégias e instrumentos de avaliação afinados com as perspectivas de mudança do modelo de atenção à saúde.

Independente das diferenças locais e regionais, as atividades de controle, avaliação e auditoria deverão ser pautadas por uma metodologia de trabalho que possibilite que as atividades sejam desenvolvidas de forma sistemática e contínua, com utilização de ferramentas, técnicas e instrumentos adequados. Necessariamente, as atividades de controle e avaliação deverão estar integradas às atividades de planejamento e epidemiologia, já que constituem, em conjunto com

estas, a base para a orientação das práticas dos serviços, para a definição de prioridades e a consequente alocação correta dos recursos disponíveis.

É necessário que as atividades de controle, avaliação e auditoria transcendam cada vez mais os mecanismos tradicionais de mera aferição do atendimento à demanda espontânea, revisão de faturas e acompanhamento de produção.

Essa superação vem exigir concentrados esforços de gestores, pesquisadores e dos próprios profissionais que atuam no serviço, com vistas a adequação metodológica da sua atuação, a superação de conceitos pré-estabelecidos e resistências culturais que se opõem ao fortalecimento das questões avaliativas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição Federal*. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1988.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8080/90*. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1990a.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei 8142/90*. Brasília: Gráfica do Congresso Nacional, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/1991*. Brasília: MS, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do SUS 01/1992*. Brasília: MS, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/545 de 20 de maio de 1993 – Norma Operacional Básica SUS 01/1993. *Diário Oficial da União*, 24/05/1993 a.

BRASIL. Sistema Nacional de Auditoria. *Lei 8.689*, de 07 de março de 1993b.

BRASIL. Sistema Nacional de Auditoria. *Decreto-lei 1651*, de 28 de agosto de 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS N.º 2203*, de 05 de novembro de 1996 - Aprova a Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Sub-secretaria de Assuntos Administrativos, Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/1069 de 19 de agosto de 1999 – Controle e Avaliação. *Diário Oficial da União*, 20/08/1999.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 3.496, de 1º de junho de 2000. Brasília, *Diário Oficial da União*, 02/06/2000.

BRASIL. Presidência da República. Decreto 3.774, de 15 de março de 2001. Brasília, *Diário Oficial da União*, 16/03/2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 26 de janeiro de 2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, 29/01/2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 373 de 27 de fevereiro de 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde SUS 01/2002. *Diário Oficial da União*, 28/02/2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 423*, de 26 de junho de 2002 .Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília, 2002b.

CALEMAN, G. et al. *Informações, controle e avaliação do atendimento hospitalar SUS*. Brasília, OPAS/OMS,1995.

CALEMAN, G. et al. *Auditoria, controle e programação dos serviços de saúde*, v.5.São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo,1998.

CONCÓRDIA. *Portaria n.º 030*, de 29 de janeiro de 1997. Delega responsabilidade a servidor. Concórdia, 1997a.

CONCÓRDIA. *Portaria n.º 075*, de 30 de abril de 1997. Delega responsabilidade ao Secretário Municipal de Saúde. Concórdia, 1997b.

CONCÓRDIA. *Lei n.º 3040*, de 22 de dezembro de 1997. Dispõe sobre o Sistema Municipal de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Concórdia, 1997c.

CONCÓRDIA. *Decreto n.º 302* de 24 de março de 1998. Dá nova redação ao artigo 2º do Decreto n.º 0149, de 03.02.98, que constituiu Comissão Especial e deu outras providências. Concórdia, 1998.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo (org). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. }\*

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. *Saber preparar uma pesquisa – definição, estrutura,financiamento*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO,1999.

DONABEDIAN, Avedis. *Salud Pública de México* - Marzo-abril,1990 Volumen 32, Nº 2.

DONABEDIAN, Avedis. *Salud Pública de Mexico* – Mayo-Junio,1986 – Volumen 28, Nº 3.

FELISBINO,Janete Elza,NUNES, Elisete Pereira.*Saúde da Família: Planejando e programando a saúde nos municípios*.Tubarão:Editora Unisul,2000.100p.

FERREIRA, A. B .H. *Mini dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

IBGE. Disponível em:<http://www.ibge.net/home/estatistica/população/contagem/default.shtm>. Acesso em: 10 mar, 2001.

IMBITUBA. *Portaria n.º 249*, de 17 de setembro de 1997. Designa servidor e dá outras providências. Imituba, 1997.

IMBITUBA. *Lei n.º 1833*, de 16 de setembro de 1998. Cria o Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Imbituba, 1998.

IMBITUBA. *Portaria n.º 001*, de 21 de maio de 2001. Altera a equipe do sistema municipal de Controle, Avaliação e Auditoria e revoga a portaria 02/99. Imbituba, 2001.

INOJOSA, R. M. *Avaliação e controle do SUS: Mudam-se as práticas?* In: Cadernos FUNDAP/Fundação do desenvolvimento Administrativo. n.19. São Paulo: FUNDAP. Jan/abril/1996.

JOINVILLE. *Portaria n.º 053*, de 9 de dezembro de 1996. Nomeia servidores para compor a equipe de Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de saúde. Joinville, 1996.

JOINVILLE. *Lei n.º 3419*, de 20 de fevereiro de 1997. Altera a estrutura administrativa da Prefeitura Municipal de Joinville e dá outras providências. Joinville, 1997a.

JOINVILLE. *Portaria n.º 021*, de 1 de julho de 1997. Delega responsabilidade pela emissão de AIH e de APA. Joinville, 1997b.

JOINVILLE. *Portaria n.º 024*, de 07 de agosto de 1997. Nomeia membros para compor a equipe de controle e avaliação. Joinville, 1997c.

JOINVILLE. *Lei n.º 3584*, de 3 de novembro de 1997. Cria, na estrutura administrativa da Prefeitura Municipal, sistemas destinados ao planejamento das atividades de controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde. Joinville, 1997d.

JOINVILLE. *Decreto n.º 8865*, de 17 de novembro de 1997. Regulamenta o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde do município de Joinville. Joinville, 1997e.

LUFT, C.P. *Minidicionário Luft*. 17 ed. São Paulo: Ática, 1999.

MARINO, S.R.A. *Participação popular e desenho organizacional: um estudo do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis*. Florianópolis, 1992 – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça (org). *A Organização de Saúde no Nível local*. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Avaliação – Metodologia de Avaliação dos Subprojetos do Componente I do Projeto REFORSUS. 1v, versão preliminar. Unidade de Acompanhamento e Avaliação. Brasília, abr. 1999.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.34,,n.5 .out. 2000.

ORTIGA, A.M.B. *Efeitos da municipalização no acesso e na integralidade dos serviços de saúde, Blumenau, SC (1994-1998)*. Florianópolis, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina.

PEIXOTO, M.P.B. Perspectivas do controle e avaliação no processo de construção do SUS. In: *Gestão Municipal de Saúde – Textos Básicos*. Ministério da Saúde, 2001. 344p.

POLIT, D.F. & HUNGLER, B.P. *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RIO DO SUL. *Portaria n.º 002*, de 30 de maio de 1996. Nomeia membros para comporem o controle e avaliação. Rio do Sul, 1996.

RIO DO SUL. *Portaria n.º 001*, de 28 de abril de 1997. Delega responsabilidade pela emissão de APAC aos usuários pertencentes do Alto Vale do Itajaí, do Sistema Único de Saúde. Rio do Sul, 1997a.

RIO DO SUL. *Lei n.º 3213*, de 21 de outubro de 1997. Dispõe sobre o Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Rio do Sul, 1997b.

RIO DO SUL. *Decreto n.º 437*, de 06 de novembro de 1997. Regulamenta a Lei n.º 3213/97, que dispõe sobre o Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Rio do Sul, 1997c.

RODRIGUEZ, N.E. *A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas*. In: Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

SANTA CATARINA. Gabinete do Governador. *Decreto 3.266*, de 21 de outubro de 1998. Florianópolis, 1998.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Portaria 319/SES* de 02 de junho de 2000, Florianópolis, 2000.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Controle, avaliação e auditoria em saúde*. Florianópolis, 1994.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. *Controle, avaliação e auditoria em saúde*. Florianópolis, 1996.

SANTOS, Lenir. *Sistema nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de saúde – CONASSS, 1996.

SANTOS, F.P. O novo papel do município na gestão da saúde – o desenvolvimento do controle e avaliação. In: Reis, A.T. (org). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998. p 31-49.

SÃO BENTO DO SUL. *Portaria n.º 341*, de 30 de abril de 1997. Designa responsável pelos trabalhos de auditoria. São Bento do Sul, 1997a.

SÃO BENTO DO SUL. *Portaria n.º 02*, de 24 de julho de 1997. Delega responsabilidade pela emissão de AIH e APA aos usuários deste município do Sistema Único de Saúde. São Bento do Sul, 1997b.

SÃO BENTO DO SUL. *Lei n.º 209*, de 30 de junho de 1998. Dispõe sobre o Sistema Municipal de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. São Bento do Sul, 1998.

SILVA, A.R. et al. *Controle e avaliação do SUS: competência e responsabilidade dos municípios*. In: BORDIN, R. (org). *Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade*. Porto Alegre: DECASA, 1996.

## APÊNDICES

## Apêndice 1

### Roteiro para pesquisa documental de dados relativos aos processos de habilitação dos municípios à NOB/SUS/01/96

- 1) Município:
- 2) Condição de Gestão Prévia à NOB/SUS/01/96:
- 3) População (IBGE 1996):
- 4) Data da habilitação à NOB/SUS/01/96: \_\_/\_\_/\_\_ Portaria:
- 5) Cumprimento dos requisitos legais relativos a estruturação do componente municipal do controle, avaliação e auditoria :
  - Lei de criação ( ) Existente ( ) Inexistente
  - Número da Lei:
  - Contempla atribuições do serviço ( ) Sim ( ) Não  
Comentários:
  - Contempla atribuições da equipe ( ) Sim ( ) Não  
Comentários:
  - Portaria de nomeação da equipe de controle, avaliação e auditoria:  
Número:
  - Composição da equipe:
  - Estrutura :
    - Microcomputador com fax modem ( ) Sim ( ) Não
    - Impressora 132 colunas ( ) Sim ( ) Não
    - Linha telefônica ( ) Sim ( ) Não
    - Software MS/DATASUS/SES/DIAR ( ) Sim ( ) Não
- 6) Na inexistência de legislação específica, formalizou compromisso de estruturação do componente municipal de controle, avaliação e auditoria  
( ) Sim ( ) Não  
Prazo para estruturação:
- 7) Foi comprovada, dentro do prazo previsto, a estruturação do componente municipal de controle, avaliação e auditoria ( ) Sim ( ) Não  
Descrever:

**Apêndice 2****Roteiro de entrevista a ser aplicado ao gestor municipal de saúde**

1. Na condição de gestor municipal de saúde, como o (a) Sr.(a) define controle, avaliação e auditoria no âmbito do sistema municipal de saúde?
2. O (a) Sr.(a) tem conhecimento sobre o modo como o município assumiu estas responsabilidades? Quem elaborou a lei específica?
3. De quem o município recebeu assessoria técnica para a implantação do serviço?  
( ) Ministério da Saúde ( ) Secretaria de Estado da Saúde  
Outros:
4. A quem o(a) Sr. (a) atribui e responsabilidade pela capacitação técnica dos profissionais para atuarem nesta área?  
( ) Ministério da Saúde ( ) Secretaria de Estado da Saúde  
Outros:
5. Quais as principais dificuldades encontradas para o exercício destas atribuições?
6. De que forma foram selecionados os profissionais para atuarem neste serviço?
7. Na sua opinião, quais as ações mais importantes desenvolvidas (listar as cinco que considera fundamentais)
8. O (a) Sr.(a) considera suficientes os recursos materiais e humanos disponíveis para o serviço?
9. Existem mecanismos de articulação entre o serviço de controle, avaliação e auditoria e o Conselho Municipal de Saúde ? De que forma ocorrem?
10. O compromisso do gestor municipal em cumprir as recomendações do serviço de controle, avaliação e auditoria está explícito? De que forma?

### Apêndice 3

#### Roteiro de entrevista a ser aplicado ao responsável pelo serviço

1. Na condição de responsável pelo serviço municipal de controle, avaliação e auditoria, como o (a) Sr.(a) define controle, avaliação e auditoria no âmbito do sistema municipal de saúde?
2. O (a) Sr.(a) tem conhecimento sobre o modo como o município assumiu estas responsabilidades? Quem elaborou a lei específica?
3. De quem o município recebeu assessoria técnica para a implantação do serviço?
4. A quem o(a) Sr. (a) atribui e responsabilidade pela capacitação técnica dos profissionais para atuarem nesta área?
5. Que tipo de treinamento a equipe tem recebido para atuar? É suficiente?
6. Quais as necessidades percebidas pela sua equipe em relação à treinamento/capacitação?
7. Quais as principais dificuldades encontradas para o exercício destas atribuições?
8. De que forma foram selecionados os profissionais para atuarem neste serviço?
9. Na sua opinião, quais as ações mais importantes desenvolvidas (listar as 5 que o Sr. considera fundamentais)
10. O (a) Sr.(a) considera suficientes os recursos materiais e humanos disponíveis para o serviço?
11. Existem mecanismos de relacionamento entre o serviço de controle, avaliação e auditoria e o Conselho Municipal de Saúde? De que forma ocorrem?
12. O gestor municipal cumpre as recomendações do serviço de controle, avaliação e auditoria ?
13. Na sua percepção, o serviço de controle, avaliação e auditoria tem contribuído para a melhoria dos problemas de saúde da população/ De que forma?
14. Quais as atividades desenvolvidas no serviço?
15. Controle e avaliação estão organizados em um setor separado da auditoria?  
Justifique:
16. O controle e avaliação ambulatorial e hospitalar encontram-se agregados um ao outro ou sua atuação se dá de forma separada?

**Apêndice 4****Informações sobre os entrevistados**

DENOMINAÇÃO	FUNÇÃO
g1	Gestor Municipal de Rio do Sul
g2	Gestor Municipal de Imbituba
g3	Gestor Municipal de São Bento do Sul
g4	Gestor Municipal de Joinville
g5	Gestor Municipal de Concórdia
r1	Responsável pelo serviço em Rio do Sul
r2	Responsável pelo serviço em Imbituba
r3	Responsável pelo serviço em São Bento do Sul
r4	Responsável pelo serviço em Joinville
r5	Responsável pelo serviço em Concórdia

## Apêndice 5

### Ofício de esclarecimento aos secretários municipais de saúde

#### Senhor Secretário:

Meu nome é Isabel Cristina Bertuol Funk, e na qualidade de aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde da UFSC, estou desenvolvendo a pesquisa **“Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a implantação em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal – SC”**, com o objetivo de descrever a implantação dos Sistemas Municipais de Controle, Avaliação e Auditoria nos municípios de Santa Catarina que aderiram à condição de Gestão Plena do Sistema Municipal a partir da NOB/SUS 01/96. Para este estudo serão realizadas entrevistas com os responsáveis pelo serviço nos municípios, com o Secretário Municipal de Saúde, além de levantamento de recursos humanos disponíveis, recursos físicos e de infraestrutura e trabalhos desenvolvidos. Este trabalho, não acarretará riscos ou desconfortos e espera-se que contribua com o panorama de organização da gestão municipal. Se houver alguma dúvida em relação ao estudo ou recusa em participar, solicitamos que entre em contato pelo telefone \_\_\_\_\_ . No caso de acordo em participar, podemos garantir que as informações fornecidas serão utilizadas somente neste trabalho e solicitamos que nos seja devolvido o termo de consentimento devidamente assinado.

Mestranda : Isabel Cristina Bertuol Funk \_\_\_\_\_

Orientador: Dr. João Carlos Caetano \_\_\_\_\_

**Apêndice 6****Consentimento pós-informação dos Secretários Municipais de Saúde****Consentimento Pós-Informação**

Eu, \_\_\_\_\_, Secretário Municipal de Saúde do Município de \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a implantação em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal – SC e concordo que os dados coletados neste serviço sejam utilizados na realização da mesma.

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Apêndice 7****Consentimento do responsável pela instituição (Secretarias Municipais de Saúde)****DECLARAÇÃO (responsável pela instituição)**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Secretaria Municipal de Saúde), tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a implantação em municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal – SC**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo \_\_\_\_\_

**ANEXOS**

**Anexo 1: Descrição dos requisitos analisados pela Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais para fins de habilitação**

<b>ANÁLISE DOS REQUISITOS DA NOB/SUS 01/96</b>	
<b>CONDIÇÃO DE GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL</b>	
<b>MUNICÍPIO:</b>	<b>ASSOCIAÇÃO(REGIONAL DE SAÚDE):</b>
<b>REQUISITOS</b>	<b>ANÁLISE *</b>
1. Requerimento 1.1. Capacidade técnica/administrativa 1.2. Ata de aprovação do pleito	
2. Conselho Municipal de Saúde 2.1. Lei de Formação 2.2. Portaria de nomeação e/ou decreto 2.3. Ata de reunião 2.4. Comprovar frequência das reuniões	
3. Fundo Municipal de Saúde 3.1. Lei de formação 3.2. Cadastro financeiro das contas do FMS 3.3. Extratos bancários do último trimestre 3.4. Orçamento FMS (rubrica pagamento de serviços)	
4. Declaração de gerenciamento das unidades de saúde	
5. Comprovação sistema de auditoria 5.1. Portaria médico autorizador AIH/APA 5.2. Portaria/Lei sistema municipal de auditoria 5.3. FCA atualizada 5.4. Proposta aprazada SMA	
6. Plano Municipal de Saúde 6.1. Programação pactuada integrada 6.2. Diretrizes de investimento 6.3. Ata do CMS que aprovou PMS	
7. Relatório de gestão (anual) 7.1 Ata de aprovação do CMS	
8. Comprovante de contrapartida de recurso	
1. Vigilância sanitária 1.1. Número de convênio 1.2. Declaração de execução de atividades e profissionais treinados	
2. Vigilância epidemiológica 10.1. Declaração de execução de atividades e profissionais treinados	
3. Declaração de informatização e alimentação de banco de dados 11.1. SIA/SUS 11.2. SIH/SUS 11.3. Outros sistemas (SIM, SINASC, SINAM)	
Comentário: Data: Responsável: * O espaço da análise, era preenchido com "Aprovado" ou " Falta" ou, no * caso de leis e/ou portarias, com o respectivo número e data	

Fonte: Instrumento utilizado na avaliação do processo de habilitação, pela Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais.

**Anexo 2 – Requisitos de Controle, Avaliação e Auditoria**

<b>REQUISITOS DE CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA</b>		
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Recursos Humanos: 1 médico auditor	( )	( )
1 auditor administrativo	( )	( )
1 médico autorizador	( )	( )
1 digitador	( )	( )
1 programador	( )	( )
Recursos materiais: 1 computador com fax modem	( )	( )
1 impressora	( )	( )
1 linha telefônica	( )	( )
Softwares MS/DATASUS/DIAR	( )	( )
Aspectos legais:		
- Rubrica específica no orçamento municipal para pagamento de prestadores de serviço	( )	( )
- Proposta aprazada de estruturação do serviço de controle e avaliação municipal	( )	( )
- Plano para organização do serviço municipal Controle, Avaliação e Auditoria, aprovado pelo CMS	( )	( )
- Lei do Sistema Municipal de Auditoria	( )	( )
- Plano de Carreira, cargos e salários com cargo de auditor médico e administrativo, normas específicas de controle, avaliação e auditoria	( )	( )
Assinaturas		
Responsável:		
Secretário Municipal de Saúde:		

Fonte: Instrumento elaborado e disponibilizado pela Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede, e utilizado pela Gerência de Descentralização das Unidades Ambulatoriais

### Anexo 3 – parecer comitê de ética da UFSC



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO PROJETO Nº 036 / 2002

Florianópolis, 29 de abril de 2002

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC parabeniza a Mastranda Isabel Cristina Bertuol Funks e seu Orientador Prof. Dr. João Carlos Caetano pela apresentação da pesquisa "Controle, Avaliação e Auditoria no Sistema Único de Saúde: a Implantação do Serviço nos Municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal - SC.", a ser desenvolvido junto às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Concórdia, Imbituba, Joinville, Rio do Sul e de São Bento do Sul, pela relevância do tema e estruturação do projeto.

Em que pese a satisfação por sua atitude, salienta-se que não cabe análise por este Comitê, pois embora a metodologia preveja entrevistas com os Senhores Secretários de Saúde e Funcionários dos Serviços de Controle, Avaliação e Auditoria dos municípios em estudo, o objeto da pesquisa não são os seres humanos e sim o Sistema Único de Saúde (SUS), em sua implantação, estruturação e desenvolvimento.

No entanto, para fins de publicação, considera-se o projeto Aprovado.

A handwritten signature in cursive script, reading "Vera Lúcia Bosco". The ink is dark and the handwriting is fluid and legible.

Vera Lúcia Bosco  
Coordenadora do CEPESH da UFSC