

Ministério da
Saúde

Auditoria do
SUS
Orientações Básicas

Brasília - DF
2011

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sistema Nacional de Auditoria

Auditoria do SUS

Orientações Básicas

Série A. Normas e Manuais Técnicos

BRASÍLIA – DF
2011

© 2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sistema Nacional de Auditoria
Departamento Nacional de Auditoria do SUS
Setor de Autarquia Federal /Sul, Trecho 02, Lote 05/06, Ed.
Premium, Torre I - 2º andar – sala 202, Setor de Autarquia Federal -
Brasília - DF - CEP: 70070 -600
Telefone: (61) 3315 7937 e 33157910
Fax: (61) 3306-7379
E-mail: sna@saude.gov.br e auditoria@saude.gov.br
Home page: <http://sna.saude.gov.br>

Coordenação geral:

Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior
Adelina Maria Melo Feijão
Amélia de Andrade
Jomilton Costa

Organização:

Bruno Luis Freitas Monteiro
Jane Aurelina Temóteo de Queiroz Elias

Revisão de conteúdo:

Amélia de Andrade
Déborah Dourado Lopes
Elizabete Vieira Matheus da Silva

Colaboração:

Adelina Maria Melo Feijão
Adriana Assis Miranda
Adroaldo Silveira Aragão
Amélia de Andrade
Ayres Pereira da Costa Neto
Cacilda Bastos do Nascimento
Carlos Eduardo Viana Santos
Carlos Roberto Pires Dantas
Carlos Zalberto Rodrigues
Cleide Carvalho Toscano de Almeida
Déborah Dourado Lopes
Dione Alencar Simons
Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha
Elisete Vieira de Jesus
Francisco Viana Leite

João Batista da Silva
Jomilton Costa
José Antonio Bonfim Mangureira
José Antonio Nascimento Silva
Josenev Santos
Jovita José Rosa
Leonardo Guirão Junior
Márcia Vieira Leite
Maria da Paz Luna Pereira
Maria do Socorro Bezerra Mateus
Maria Neura Antunes
Maria Sandra Barbosa Del Aguila
Marília Ferraro Rocha
Margarida Maria Paes Alves Freire
Marly Galdino de Almeida
Nivaldo Valdemiro Simão
Paulo Cesar Barros Ferreira
Rita de Cassia Tostes Faria
Rita Maria de Moraes Azevedo
Sílvia de Fátima Alves Dantas
Simone Barbosa Duarte Brandão
Sonia Coelho Pereira da Costa
Teresinha Sousa de Oliveira Paiva
Terezinha Antonio dos Santos
Terezinha Araújo Silva dos Santos
Vera Lúcia de Oliveira Giancristoforo
Wagner A. Silva

Apoio financeiro:

OPAS

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Normalização: Amanda Soares Moreira
Revisão: Mara Soares Pamplona
Júlio Maria de Oliveira Cerqueira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Departamento Nacional de Auditoria do SUS.

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

48 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 978-85-334-1815-8

1. Auditoria. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Administração em Saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614.2:336.146

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0192

Títulos para indexação:

Em inglês: The SUS Audit : basic guidelines

Em espanhol: Auditoria del SUS: orientaciones básicas

Lista de siglas

AIH - Autorização de Internação Hospitalar
Apac - Autorização de Procedimentos Ambulatoriais
CA - Comunicado de Auditoria
CCT - Comissão Corregedora Tripartite
CGU - Controladoria-Geral da União
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CES - Conselho Estadual de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Denasus - Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DOU - Diário Oficial da União
ESF - Estratégia Saúde da Família
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
MS - Ministério da Saúde
Noas - Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
PAC - Programa de Aceleração do Crescimento
Pacs - Programa de Agente Comunitário de Saúde
ParticipaSUS - Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PIB - Produto Interno Bruto
SGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SAS - Secretaria de Atenção a Saúde
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
Sisaud/SUS - Sistema de Auditoria do SUS
SNA - Sistema Nacional de Auditoria do SUS
Suds - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TAC - Termo de Ajuste de Conduta
TAS - Termo de Ajuste Sanitário
TCE - Tribunais de Contas do Estado
TCU - Tribunal de Contas da União



Sumário

Apresentação	7
Introdução	8
1. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS na perspectiva da gestão estratégica e participativa	9
2 Auditoria do SUS: um novo conceito de prática em apoio à gestão	12
2.1 Diretrizes da Auditoria do SUS	12
2.2 Postura Ética do Agente Público em Atividades de Auditoria	13
2.2.1 Códigos de Ética e Auditoria	13
2.3 Conceitos preliminares do trabalho de auditoria.....	15
3 O processo de trabalho da auditoria do SUS	17
3.1 Finalidades da Auditoria.....	17
3.2 Formas de operacionalização da auditoria	18
3.3 Tipos de auditoria	19
3.4 Natureza da auditoria	19
3.5 Plano de trabalho	20
3.5.1 Papéis de trabalho como instrumento de apoio	20
3.6 Fase analítica da auditoria	21
3.7 Fase operativa (<i>in loco</i>) da auditoria.....	22
3.7.1 Etapas dos processos de trabalho na fase operativa.....	23
3.7.2 Objetos de análise	25
3.8 Relatório da Auditoria	26
3.8.1 Atributos do Relatório	27
3.9 Notificação dos responsáveis	28
3.10 Apresentação das justificativas.....	29
3.11 Encerramento da auditoria	29
3.12 Encaminhamentos e acompanhamentos das recomendações	29
3.13 Termo de Ajuste Sanitário (TAS).....	30
3.14 Ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde.....	34
4 Requisitos básicos para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria	35
Referências	37
ANEXO “A”	39



Apresentação

Esta publicação é uma iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, elaborada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) que objetiva apresentar orientações básicas que possam subsidiar os processos de trabalho dos auditores que integram o Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS).

A publicação, “AUDITORIA do SUS – Orientações Básicas” pretende ser um elemento catalizador da prática de auditoria, de forma descentralizada e sistêmica, considerando a dimensão e a articulação interfederativa do SNA. Como guia, é uma ferramenta propositiva que apresenta um conjunto de princípios e recomendações elaboradas para facilitar a ação do auditor em situações de rotina do trabalho.

Assim, desencadeando um processo de sistematização das práticas de auditoria, as presentes orientações visam contribuir com a promoção de práticas inovadoras, rompendo antigas práticas de engessamento do trabalho de auditoria no SUS. Consideramos como relevante a necessidade de zelar pelo respeito à autonomia de cada ente federado, vez que cada situação possui peculiaridades e especificidades que devem ser respeitadas e, sobretudo, em função do Pacto Federativo da União que estabelece a autonomia de cada esfera de governo.

A partir da sistematização dos procedimentos relativos à auditoria, no âmbito do SUS, vislumbra-se a unicidade, no que tange às questões centrais que permeiam o processo, e que aprimora, sem dúvidas, à qualidade do trabalho desempenhado. Desta feita, todo o escopo envolvido na produção deste material leva ao inequívoco fortalecimento dos entes que compõem o SNA, em busca de uma gestão participativa com mais solidez, credibilidade, autonomia e resolutividade.

Introdução

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP por meio da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS) trouxe para si o desafio de promover e orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), órgão integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde e componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), exerce atividades de auditoria e fiscalização especializada no âmbito do SUS. Conforme definido na ParticipaSUS: “A auditoria é um instrumento de gestão para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para a alocação e utilização adequada dos recursos, a garantia do acesso e a qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.”

O trabalho de auditoria no SUS é extremamente complexo, pois necessita de grande quantidade de informações que precisam ser cuidadosamente extraídas, trabalhadas e interpretadas, pois muitos interesses e responsabilidades estão em foco quando se audita a saúde.

O alinhamento técnico conceitual das práticas de auditoria surge do entendimento da auditoria como parte integrante da gestão estratégica e participativa, como instrumento de qualificação da gestão e da necessidade do SNA ampliar o diálogo com as políticas públicas.

Esta publicação pretende constituir-se como um contributo para um novo sentido da função social da auditoria em saúde pública, no contexto da gestão estratégica e participativa e em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

1. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS na perspectiva da gestão estratégica e participativa

As bases do movimento da Reforma Sanitária, efetivadas na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, apontaram o rumo da construção do modelo de atenção à saúde fundamentado nas necessidades e demandas da população por ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. As ações do SUS visam garantir o enfrentamento das iniquidades com integralidade e racionalidade.

A participação social revelou-se essencial e inerente ao processo da luta pela Reforma Sanitária brasileira e como consequência dessa luta, o direito constitucional à participação da sociedade no SUS foi garantido e, posteriormente, ampliado com a criação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (SGEP).

Em 2006 o Pacto pela Saúde, publicado na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, ocorreram mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos: a substituição do então processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a Regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de Descentralização; a Integração das várias formas de repasse dos recursos federais; e a Unificação dos vários pactos até então existentes.

O Pacto pela Saúde – 2006 reforça a solidariedade e a cooperação entre as esferas de governo, com definição das responsabilidades sanitárias, constituindo espaços de cogestão e resgatando o apoio entre os entes num processo compartilhado. Nesse sentido, a auditoria como instrumento de gestão no contexto de um Sistema de Saúde assume também a missão de avaliar a eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das ações e serviços de saúde, prestar cooperação técnica e propor medidas corretivas, subsidiar o planejamento e o monitoramento com informações validadas e confiáveis.

A formulação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), aprovada pela Portaria MS/GM nº 3.027/2007 representa ousada inovação no desenvolvimento dos processos participativos com o aperfeiçoamento da democracia do Estado, além de consolidar e reforçar o compromisso constitucional ao direito universal à saúde, participação social, equidade e integralidade do atendimento.

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

Nesse sentido, cabe ao Denasus, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) do SUS, visando unificar os processos e práticas de trabalho para os três entes federativos, bem como contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, normativo e de pessoal dos órgãos que compõem o SNA.

Os princípios e as diretrizes da política de gestão estratégica e participativa constituem práticas transversais mediando os processos cotidianos do SUS.

A ampliação dos mecanismos de deliberação colegiada com participação social aproxima os interesses dos diversos atores da saúde existentes em cada localidade, permite o diálogo entre auditores e esses entes, bem como favorece a construção do modelo de atenção adequado a cada população. As Comissões Intergestores nos âmbitos federal (Tripartite) e estadual (Bipartites), sob as diretrizes dos respectivos Conselhos de Saúde e indicações das Conferências de Saúde, podem ser caracterizadas como as principais instâncias de decisões compartilhadas e, portanto, fóruns inegáveis de pactuação na gestão da saúde. No quadro abaixo, observam-se as principais instâncias de participação e controle do SUS:

Quadro 1 - Principais instâncias de participação e controle do SUS

Conferências de Saúde

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

Conselhos de Saúde

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

Continua...

Continuação...

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

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

Comissão Corregedora Tripartite (CCT)

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

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

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

Comissão Intergestores Regional (CIR)

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

O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, construído a partir de diálogo com os estados (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), os municípios (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamenta a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Traz importantes inovações para a gestão do SUS, a partir do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde que definirá as atribuições e responsabilidades, inclusive financeiras, dos municípios, dos estados e do governo federal na prestação de serviços de saúde, o financiamento e as metas para cada ação.

Os contratos vão propiciar ao Ministério da Saúde a concessão de estímulos financeiros aos municípios e estados que tiverem bom desempenho nos programas e ações da saúde, dando mais transparência à estrutura do SUS e garantindo maior segurança jurídica para que municípios, estados e União atuem de forma harmônica e integrada.

O Decreto estabelece no seu Art. 40º para o Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, a responsabilidade do controle e fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

2 Auditoria do SUS: um novo conceito de prática em apoio à gestão

O processo de mudança das práticas de auditoria, na perspectiva da saúde coletiva, incorpora a avaliação da qualidade das ações de promoção, prevenção e assistência visando, especialmente, a redução das iniquidades, a garantia do direito ao acesso e a eficiência das ações e serviços, que é medida por indicadores de saúde e a efetividade da participação e controle social, sem prejuízo de suas demais funções.

O compromisso da auditoria para o fortalecimento da gestão se estabelece na orientação ao gestor quanto à aplicação eficiente do orçamento da saúde, o qual deve refletir na melhoria dos indicadores epidemiológicos e de bem-estar social, no acesso e na humanização dos serviços.

Este novo paradigma de auditoria requer profissionais trabalhando na lógica de um observatório social para as questões de resolatividade do SUS, visando contribuir efetivamente para a construção do modelo a que ele se propõe, na amplitude do conceito de saúde: qualidade de vida e cidadania.

Compreendendo a importância da consolidação da relação com o controle social, como forma de melhor cuidar da gestão do SUS, a auditoria deve realizar ações de cooperação técnica com os conselhos municipais, estaduais e o nacional de saúde e também com os gestores, nas três esferas de gestão. O objetivo é que juntos apoiem a qualificação da gestão mediante informações compartilhadas e ações pactuadas, de modo a orientar, colaborar, corrigir impropriedades, coibir irregularidades, avaliar o impacto das ações, repercutindo na melhoria da gestão pública de saúde, integrando uma rede que reflita na satisfação do usuário e na melhoria da qualidade de vida da população.

2.1 Diretrizes da Auditoria do SUS

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

Desse modo, estabelece como principais diretrizes:

- a) Capilaridade, descentralização e integração para garantir atuação em todo o território nacional, com divisão e definição de tarefas específicas de cada esfera de gestão do SUS;
- b) Integração com outros órgãos das estruturas gestoras do SUS, como planejamento, controle e avaliação, regulação e vigilância em saúde e outros órgãos integrantes do sistema de controle interno e externo; e
- c) Foco na qualidade das ações e serviços e nas pessoas, com ênfase na mensuração do impacto das ações de saúde, na respectiva aplicação dos recursos, na qualidade de vida e na satisfação do usuário.

2.2 Postura Ética do Agente Público em Atividades de Auditoria

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

2.2.1 Códigos de Ética e Auditoria

O item X, artigo 5º da Constituição Federal brasileira, assegura a inviolabilidade da intimidade, da vida privada, da honra e da imagem das pessoas; como garantia para todos os brasileiros. Portanto, os auditores estão obrigados triplamente a manter o sigilo e a privacidade do que vierem a constatar ou observar pela Constituição Federal, pelo Código de Ética do Servidor Público e pelo código de ética de sua categoria profissional. Os Códigos de Ética são parâmetros fundamentais destinados a nortear a conduta profissional quanto aos aspectos:

- Sigilo;
- Evitar atos de Imperícia, imprudência ou negligência;
- Responsabilidade pelo ato profissional;
- Consentimento prévio do paciente;
- Elaboração do prontuário do paciente;
- Manuseio de prontuário;
- Informações do quadro clínico ao paciente.

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

Decreto nº 1.171, de 22 de julho de 1994, referente ao Código de Ética Profissional do Servidor Civil do Poder Executivo Federal, no seu capítulo I, na seção I, determina que a dignidade, o decoro, o zelo e a eficácia são princípios morais recomendados que devem nortear o auditor em saúde. O servidor público, na função de auditor, deve primar pela ética em sua conduta, baseando-se nos princípios de integridade, prudência, zelo profissional e responsabilidade social.

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

Sigilo: O servidor público, na função de auditor, deve respeitar e assegurar o sigilo relativo às informações obtidas durante o seu trabalho não as divulgando para terceiros sem autorização expressa dos superiores hierárquicos, salvo quando houver obrigação legal de fazê-lo. As informações obtidas durante a execução de seus trabalhos somente devem ser utilizadas para fundamentar as evidências, as constatações, as recomendações, e a conclusão da auditoria.

Zelo Profissional: O servidor público, na função de auditor, deve aplicar o máximo de cuidado e zelo na realização dos trabalhos. Proceder com o devido zelo profissional significa empregar um julgamento bem fundamentado para determinar o escopo da auditoria e selecionar metodologia, exames e demais procedimentos de auditoria. Esse julgamento também deve ser empregado na realização de exames e demais procedimentos a fim de avaliar os resultados da auditoria e apresentar os relatórios correspondentes.

Responsabilidade Social: A auditoria tem, intrinsecamente, uma clara missão social. O servidor público exercendo atividades de auditoria deve, cada vez mais, conscientizar-se do seu imprescindível papel na consecução do bem comum. Quando o profissional se desloca para o campo a fim de executar o seu trabalho deve ter o intuito de contribuir para a qualificação da gestão e para os desempenhos operacionais. Ao avaliar os resultados das políticas de saúde, ao prevenir situações, buscando garantir os resultados sociais das ações de governo, o auditor está assegurando ao cidadão o direito a uma boa assistência à saúde, a uma melhor gestão e gerência dos recursos públicos.

O servidor público na função de auditor deve estar a serviço da sociedade e, particularmente, a serviço da cidadania. Os dados utilizados pelos

servidores públicos investidos da função de auditor devem transformar-se em informações úteis à sociedade, em benefícios sociais e impactos positivos nas ações e políticas de saúde.

2.3 Conceitos preliminares do trabalho de auditoria

O relatório é o produto final da auditoria. Por isso, é necessário cuidado especial com as informações nele registradas, que devem ser claras e objetivas, considerando os conceitos a seguir elencados:

Auditoria: é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde.

Regulação: é a função de fortalecimento da capacidade de gestão que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. A regulação da assistência tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, pressupondo:

- a) Organizar e garantir o acesso dos usuários às ações e serviços do Sistema Único de Saúde em tempo oportuno;
- b) Oferecer a melhor alternativa assistencial disponível para as demandas dos usuários, considerando a disponibilidade assistencial do momento;
- c) Otimizar a utilização dos recursos disponíveis;
- d) Subsidiar o processo de controle e avaliação;
- e) Subsidiar o processo da Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Controle: consiste no monitoramento de processos (normas e eventos) para verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa, detalhada e profunda.

Avaliação: é a identificação quantitativa e qualitativa dos resultados (impactos) obtidos pelo SUS em relação aos objetivos fixados nos programas de saúde e na adequação aos parâmetros de qualidade, resolutividade, eficiência e eficácia estabelecidos pelos órgãos competentes do SUS.

Fiscalização: consiste em submeter à atenta vigilância a execução de atos e disposições da legislação pelo exercício da função fiscalizadora.

Inspeção: é a atividade realizada sobre um produto final numa fase determinada de um processo ou projeto, visando detectar falhas ou desvios.

Supervisão: é a ação orientadora ou de inspeção em plano superior.

Consultoria: é a verificação dos fatos para apontar sugestões ou soluções num problema determinado.

Acompanhamento: processo de orientação no qual o orientador, mediante contato com o processo, acompanha o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s).

Perícia: trata-se de um conjunto de atos voltados a prestar esclarecimentos, quando designada por autoridade judicial ou policial.

Ação preventiva: é a atuação objetiva sobre uma não conformidade potencial, evitando sua ocorrência.

Ação corretiva: é a eliminação da causa de uma não conformidade evitando sua recorrência.

3 O processo de trabalho da auditoria do SUS

O Processo de Trabalho na Auditoria tem início com a elaboração da Programação Anual de Atividades, que corresponde à programação interna dos componentes do SNA, a partir das diretrizes definidas pelos gestores em decorrência do Plano de Saúde.

3.1 Finalidades da Auditoria

- Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder ao levantamento de dados que permitam conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
- Avaliar os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, por meio da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando à melhoria progressiva da assistência à saúde;
- Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário.

O cumprimento de suas finalidades far-se-á por intermédio do desenvolvimento de atividades de auditoria, objetivando:

- Determinar a conformidade dos elementos de um sistema ou serviço, verificando o cumprimento das normas e requisitos estabelecidos;
- Levantar subsídios para a análise crítica da eficácia do sistema ou serviço e seus objetivos;
- Verificar a adequação, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e resolutividade dos serviços de saúde e a aplicação dos recursos da União repassados aos municípios;
- Aferir a qualidade da assistência à saúde prestada e seus resultados, bem como apresentar sugestões para seu aprimoramento;
- Aferir o grau de execução das ações de atenção à saúde, programas, contratos, convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres;

- Verificar o cumprimento da Legislação Federal, Estadual, Municipal e normatização específica do setor Saúde;
- Observar o cumprimento pelos órgãos e entidades dos princípios fundamentais de planejamento, coordenação, regulação, avaliação e controle;
- Apurar o nível de desenvolvimento das atividades de atenção à saúde, desenvolvidas pelas unidades prestadoras de serviços ao SUS e pelos sistemas de saúde;
- Prover ao auditado oportunidade de aprimorar os processos sob sua responsabilidade.

Desta forma constituem objeto do exame de auditoria:

- A aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde a entidades públicas, filantrópicas e privadas;
- A aplicação dos recursos transferidos pelo Ministério da Saúde às secretarias estaduais e municipais de saúde;
- A gestão e a execução dos planos e programas de saúde do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde que envolvam recursos públicos, observando os seguintes aspectos:
 - a) Organização;
 - b) Cobertura assistencial;
 - c) Perfil epidemiológico;
 - d) Quadro nosológico;
 - e) Resolubilidade/resolutividade;
- Eficiência, eficácia, efetividade e qualidade da assistência prestada à saúde;
- A prestação de serviços de saúde na área ambulatorial e hospitalar;
- Os contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos similares firmados pelas secretarias de saúde e os prestadores de serviços de saúde do SUS.

3.2 Formas de operacionalização da auditoria

Estão definidas três formas de operacionalização da auditoria, de acordo com a origem dos profissionais que nela atuam:

- **Direta** – Auditoria realizada com a participação de técnicos de um mesmo componente do SNA;

- **Integrada** – Auditoria realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA;
- **Compartilhada** – Auditoria realizada com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outros órgãos de controle interno e externo.

3.3 Tipos de auditoria

- **Conformidade** – Examina a legalidade dos atos de gestão dos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, quanto ao aspecto assistencial, contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial;
- **Operacional** – Avalia os sistemas de saúde, observados aspectos de eficiência, eficácia e efetividade.

3.4 Natureza da auditoria

- **Regular ou Ordinária** – Ações inseridas no planejamento anual de atividades dos componentes de auditoria;
- **Especial ou Extraordinária** – Ações não inseridas no planejamento, realizadas para apurar denúncias ou para atender alguma demanda específica.

Programação/Planejamento

O responsável pelo serviço de auditoria, diante de uma demanda, deve realizar a avaliação prévia da mesma e, a partir dessa análise, dar início aos procedimentos de instalação do processo de auditoria, definindo seu objetivo.

O primeiro passo é a escolha da equipe, com designação do coordenador. A composição deverá ser adequada ao objeto de auditoria, podendo ser solicitado a outros setores a indicação de técnicos para compô-la, caso seja necessário.

Alguns aspectos devem ser considerados na programação da auditoria, visando à otimização do planejamento da mesma:

- Por que realizá-la?
- Quais os requisitos que a envolvem e o que deve ser procurado?
- Quando e quem deve proporcionar os recursos de suporte para a equipe de auditoria?
- Quem será informado da auditoria? Como?
- Quais as áreas/unidades que serão auditadas?
- Onde será realizada a auditoria e quais os desdobramentos?

3.5 Plano de trabalho

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

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

3.5.1 Papéis de trabalho como instrumento de apoio

A Resolução CFC nº 828/1998, aprova a NBC T 11 IT – 02, que trata de Papéis de Trabalho e Documentação de Auditoria, e compreende um conjunto de formulários e documentos que constituem o suporte do trabalho desenvolvido pelo auditor, contendo o registro de todas as informações utilizadas, das verificações a que procedeu e das conclusões a que chegou, formando a evidência do seu trabalho. O Tribunal de Contas da União considera como papéis de trabalho, entre outros, planilhas, formulários, questionários preenchidos, fotografias, vídeos, áudios, arquivos magnéticos, ofícios, memorandos, portarias, cópias de contratos e outros documentos, matrizes de planejamento e de procedimentos, de achados de auditoria e de responsabilização.

Quadro 2 – Papéis de trabalho

Papéis de trabalho como instrumento de apoio

São utilizados na execução da auditoria e também se constituem em registros permanentes do trabalho efetuado pelo auditor, dos fatos e informações obtidas, bem como das conclusões sobre os exames.

Ofício de comunicação

O órgão de auditoria deverá, por meio de seu responsável, encaminhar ofício informando ao gestor que será realizada auditoria em seu estado/município/unidade de serviço. Nessa ocasião, poderá ser encaminhado ao gestor o Comunicado de Auditoria.

Comunicado de auditoria – CA

O CA é um instrumento utilizado para solicitar oficialmente a disponibilização de documentos, justificativas e esclarecimentos, notificar pendências não atendidas e solicitar providências. Deverá ser enviado previamente para que a documentação solicitada seja providenciada com antecedência, ou ser emitido sempre que houver necessidade durante a ação de auditoria. Assim, o ofício de comunicação e o comunicado de auditoria podem anteceder a fase analítica da auditoria.

Roteiro/Protocolo

Considerando o foco da auditoria e as informações obtidas na fase analítica, deverá ser elaborado um roteiro/protocolo para orientar os procedimentos durante a visita *in loco*, contendo os passos a serem executados e a definição das técnicas de auditoria a serem aplicadas para desenvolvimento do trabalho de campo, pertinentes ao caso.

3.6 Fase analítica da auditoria

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

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

- 5) Comunicação à entidade a ser auditada sobre a realização da auditoria. Nela, devem ser solicitados os documentos que serão disponibilizados à equipe para análise. A comunicação deve preceder a realização da auditoria.

3.7 Fase operativa (*in loco*) da auditoria

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

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

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

Quadro 3 – Evidências, constatações e fontes de evidência

Informações relevantes: evidências, constatações e fontes de evidência

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

É importante para o auditor obter informações representativas e suficientes para confirmar os dados colhidos/apurados, independentemente de se relacionarem com conformidades ou não.

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

Continua...

Continuação...

Tipos de evidências

Física: comprovável materialmente;

Documental: comprovável pelos registros em papéis e/ou documentos;

Circunstancial: fornece impressão ao auditor, não servindo de evidência de auditoria, pois não é objetiva suficientemente para embasar uma não conformidade. Esse tipo de evidência serve para alertar devendo o auditor procurar evidências comprováveis;

Admissível: obtida pela declaração verbal.

A validação do julgamento depende da qualidade da evidência no concernente à:

Suficiência – a aplicação de testes resulta na obtenção de uma ou várias provas e propicia um grau razoável de convencimento a respeito da realidade ou veracidade dos fatos examinados;

Adequação – os testes ou exames realizados são apropriados à natureza e características dos fatos examinados; e

Pertinência – há coerência da evidência com as observações, conclusões e recomendações de auditoria.

A **constatação** é o que conseguimos afirmar em decorrência das evidências, pode ser **conforme** ou **não conforme**.

Fonte da Evidência – Onde foram obtidas as evidências: prontuário, extrato bancário, entrevista, pesquisa com usuário, visitas realizadas nas unidades, notas fiscais, Apacs, AIHs, Ata de Conselho de Saúde, entre outras.

3.7.1 Etapas dos processos de trabalho na fase operativa

- Apresentação da equipe/reunião de abertura

O coordenador e a equipe de auditores apresentam-se ao gerente da unidade a ser auditada e/ou gestor do sistema, ocasião em que o primeiro entrega o ofício de apresentação e expõe, de forma sucinta, o escopo da auditoria e a previsão de conclusão dos trabalhos. Nessa reunião, deve ser solicitado espaço físico para a equipe desenvolver os trabalhos, bem como a designação de um técnico para contato, esclarecimentos e disponibilização de documentos ou o que se fizer necessário. Deverá ser informado ao gestor/gerente que será realizada uma reunião ao final dos trabalhos.

- Recebimento dos documentos solicitados

Nessa fase, dá-se o recebimento da documentação previamente solicitada por meio de Comunicado de Auditoria (CA). Se, porventura, houver pendências na entrega de algum documento, esse fato deve gerar novo CA com a estipulação de prazo para entrega ou justificativa formal dos itens não atendidos. A documentação deverá ser formalmente recebida e deve conter a assinatura do responsável. Sempre que as evidências demonstrarem a necessidade de novos documentos comprobatórios, estes deverão ser solicitados.

- Análise da documentação

É o exame dos processos, atos formalizados e outros documentos que permitam ao auditor obter evidências suficientes e adequadas para seu trabalho.

Dentre os aspectos fundamentais para análise de qualquer documento recebido pela auditoria deve-se verificar a autenticidade dos documentos: ausência de rasuras ou emendas; características do papel e de sua impressão; acréscimo de letras, palavras ou frases em documentos digitados ou manuscritos; notas fiscais de outros estados sem visto dos postos fiscais; o correto preenchimento e composição do prontuário médico. Trata-se de procedimento voltado para a comprovação das ações assistenciais e contábeis que, por exigências legais, comerciais ou de controle são evidenciadas por documentos comprobatórios.

- Visita às unidades/setores/usuários

A visita às unidades prestadoras de serviço é uma técnica que permite verificar os fatos que estão sendo auditados, bem como o cumprimento das normas e rotinas estabelecidas. Tem por objetivo verificar a qualidade, propriedade e efetividade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS. Visa, também, à avaliação da execução dos programas, contratos, convênios e outros instrumentos congêneres.

Havendo necessidade, poderá ser feita visita a usuários, para realizar entrevista ou fazer outras averiguações. Entrevistar os usuários é parte importante nas auditorias operativas, oportunizando lhes manifestarem-se quanto à sua satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

- Acompanhamento ou monitoramento do desenvolvimento dos trabalhos

Esse é o momento definido pelo coordenador para que a equipe se reúna diariamente em horário previamente estabelecido, para verificar o andamento dos trabalhos, o desempenho de cada integrante da equipe e se tudo o que foi planejado foi executado. Durante os trabalhos de campo, é importante que o coordenador avalie os prazos estimados inicialmente e a necessidade de redimensioná-los. Caso necessário, tomar as providências cabíveis.

VI. Reunião de encerramento

A equipe de auditoria deve reunir-se com o responsável pelo órgão auditado, ou com alguém designado por ele, ao final dos trabalhos, quando

o coordenador apresentará as conformidades e não conformidades julgadas pertinentes de serem abordadas, segundo critério técnico da equipe. Por exemplo, é relevante ressaltar a melhora de um indicador; a constatação de falta de medicamentos essenciais, ou falta de contrapartida no financiamento; orientando o gestor quanto ao uso indevido de recursos que porventura esteja ocorrendo por falta de conhecimento, etc.

3.7.2 Objetos de análise

a) Análise da estrutura física e funcional

Ao avaliar esse aspecto, verifica-se toda a estrutura e organização da unidade prestadora de serviço, que deverá ser comparada ao apresentado no relatório do CNES:

- Rede municipal ou estadual;
- Unidade isolada auditada;
- Profissionais de saúde (o total e o específico conforme o foco da auditoria).

b) Análise de processo

- Responsabilidades do município/estado ou da unidade, segundo as normas vigentes para o período auditado;
- Acesso aos serviços de saúde;
- Protocolos, fluxos, normas, rotinas de atendimento, entre outros;
- Humanização na atenção ao cidadão;
- Atividades da atenção básica (Pacs e ESF se forem essas as formas de organização da atenção);
- Acesso a exames complementares;
- Acesso à média e alta complexidade;
- Ações de vigilância epidemiológica, ambiental e saúde do trabalhador;
- Ações de vigilância sanitária.

c) Análise de resultados

- Indicadores e parâmetros da atenção;
- Avaliação do grau de satisfação dos usuários;
- Aspectos relativos à estrutura/funcionalidade.

d) Avaliação da disponibilidade de recursos humanos, materiais e estrutura física observando, por exemplo:

- Se há setores da unidade que apresentam demanda reprimida;
- A capacidade da unidade para a realização dos procedimentos e serviços cadastrados;

- O cumprimento das normas específicas nos procedimentos de alta complexidade;
- Se há cobrança ao usuário;
- A distribuição de medicamentos na rede e sua dispensação;
- A jornada de trabalho dos profissionais x produtividade;
- Existência ou não de central de marcação, agendamento de consultas ou exames, meios de regulação do acesso;
- Resolutividade da unidade, motivos de encaminhamentos para outros níveis de atenção;
- Existência de equipamentos ociosos ou desativados e suas causas;
- Se existe sistema de contrarreferência, principalmente após as altas hospitalares;
- O tempo de espera para consultas e encaminhamentos;
- No caso de oferta de serviço radiológico, se a unidade/serviço obedece às especificações exigidas pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e a validade de seus certificados.

Para todas as auditorias operativas, é requisito básico a consulta à legislação atualizada pertinente ao assunto ou atinente à norma vigente à época da denúncia e/ou demanda.

3.8 Relatório da Auditoria

Os resultados dos trabalhos de uma auditoria são consubstanciados no Relatório de Auditoria. Para cada auditoria realizada o auditor deverá elaborar relatório que refletirá os resultados dos exames efetuados, de acordo com o tipo de auditoria.

O relatório deve seguir um padrão, admitindo-se adaptações necessárias à interpretação e avaliação dos trabalhos. Sua apresentação deve ter sequência lógica, linguagem compatível, isenta de erros e rasuras e ser conclusivo para permitir a formulação de constatações em relação ao que foi verificado. As informações quanto às ações, fatos ou situações observadas devem reunir, entre outras:

- Escopo e objetivo da auditoria;
- Identificação da equipe de auditoria;
- Identificação do auditado;
- Data da auditoria;
- Documentos auditados e/ou relacionados;
- Descrição das não conformidades encontradas;

- Apreciação/conclusão das auditorias quanto à importância das não conformidades detectadas e sua influência na efetividade do sistema ou serviço; e
- Sugestões de encaminhamentos do relatório.

Por sua importância, a seguir estão detalhadas as suas características principais. É o documento formal e técnico que tem por finalidade relatar os fatos observados dos dados obtidos e das análises efetuadas sobre o desempenho do auditado, ensejando como produto final sugestões e/ou recomendações para prevenção e correção de rumos. Todas as não conformidades constatadas devem gerar recomendações de ações corretivas. As críticas, quando pertinentes, devem ser dirigidas aos fatos, nunca às pessoas. Deverá ser levado ao conhecimento da chefia imediata para ciência e encaminhamentos às instâncias responsáveis pelas providências a serem adotadas decorrentes das recomendações.

3.8.1 Atributos do Relatório

O relatório de auditoria deve reunir, principalmente, os seguintes atributos, visando à sua melhor qualidade:

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

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

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

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

Apresentação – não conter rasuras e seguir as regras de ortografia.

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

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

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

O Denasus adota um modelo de relatório padronizado, que está disponível no Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/SUS).

Quadro 4 – SISAUD/SUS

SISAUD/SUS

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

O Sisaud/SUS é regulamentado pela Portaria Ministerial nº 1.467, de 10 de julho de 2006. Tem por objetivo geral a sistematização do acompanhamento, do controle e da produção das informações decorrentes das atividades de auditoria do componente federal do SNA e dos componentes estaduais e municipais em todo o território nacional que se habilitarem ao uso do sistema. É uma ferramenta informatizada, voltada para a integração das informações referentes às atividades de auditoria no Sistema Único de Saúde.

Esse sistema permite o acompanhamento das auditorias; a identificação de toda a força de trabalho disponível no SNA; a normatização dos instrumentos utilizados (tais como: relatórios, roteiros, notas técnicas, constatações, recomendações, glosas); a facilidade de trabalhos integrados; a unificação de demandas (inclusive denúncias); o registro eletrônico dos resultados das auditorias com certificação digital (assinatura eletrônica); o registro de atividades mediante programação da equipe; a facilidade de consultas às informações e a emissão de relatório.

O uso do sistema pelo estado ou município é por adesão. A participação de todos contribuirá muito para o aperfeiçoamento das atividades de auditoria, pois essa ferramenta busca racionalidade e agilidade mediante a uniformização de instrumentos.

Pelo sítio <http://sna.saude.gov.br/sisaudsus.zip> pode ser acessada uma demonstração de três minutos do Sisaud/SUS, que permite melhor detalhamento.

3.9 Notificação dos responsáveis

O direito de defesa é uma garantia constitucional. No âmbito do SNA, o Decreto nº 1.651/95, em seu art.10, estabelece que, em caso de qualquer irregularidade, fica assegurado o amplo direito de manifestação do auditado. Os notificados terão um prazo de 15 dias, com possibilidade de prorrogação por mais 15, para apresentação das justificativas. Caso não seja possível entregar a notificação ao responsável pela unidade auditada haverá a publicação em Diário Oficial da União (DOU) para garantir o amplo direito de defesa dos notificados.

O relatório de auditoria preliminar contendo somente as constatações de conformidades e não conformidades é o documento que deve ser encaminhado para o responsável pela unidade auditada/gestor acompanhado da planilha de ressarcimento, se couber, e da planilha de qualificação dos responsáveis, anexando o expediente que estabelecerá os fluxos e prazos para que o mesmo apresente suas justificativas quanto às constatações da auditoria. O relatório

de auditoria somente estará completo após a análise criteriosa das justificativas apresentadas com a consequente elaboração das conclusões.

3.10 Apresentação das justificativas

A análise das justificativas deve ser realizada pela equipe que participou da auditoria, em função do grau de conhecimento da ação. Quando não for possível a análise pela equipe que participou da ação, essa deverá ser feita por outros técnicos da mesma unidade de auditoria.

3.11 Encerramento da auditoria

A auditoria é encerrada após:

- A análise das justificativas, ou
- Transcorrido prazo estabelecido sem apresentação de justificativas pelo auditado.

Ressalta-se que, em qualquer momento o auditado pode apresentar justificativas por não acatar o conteúdo do relatório ou por apresentar novas justificativas. Nesses casos, será elaborado um relatório complementar.

3.12 Encaminhamentos e acompanhamentos das recomendações

Após o encerramento da auditoria, encaminha-se o relatório final ao gestor estadual de saúde, ao gestor municipal e da unidade auditada, às instituições que solicitaram a auditoria e ao conselho de saúde respectivo, bem como aos conselhos de classe, caso seja necessário, e ao Ministério Público Federal e Estadual, conforme o Decreto nº 1.651/95, art. 3, inciso III.

No acompanhamento e na avaliação da implantação das ações corretivas devem ser consideradas:

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

Se houver persistência das distorções e/ou impropriedades, deverá haver notificação aos órgãos competentes de forma a desencadear outras medidas corretivas, como:

- Ministério Público: para conhecimento e providências cabíveis ou para o estabelecimento do competente “Termo de Ajuste de Conduta”.

Ministério da Saúde/secretarias estaduais e secretarias municipais: para conhecimento e providências cabíveis. Ex.: Revisão de contratos/convênios, suspensão de repasse e outros.

Ao conselho de saúde correspondente para o exercício do controle social.

- Ao Colegiado Gestor Regional (CGR) conforme estabelecido no pacto de gestão.

É função da auditoria promover o processo educativo buscando a melhoria da qualidade do atendimento e a satisfação do usuário. O Componente do SNA deverá prestar cooperação técnica direta ou mediar esta cooperação, a ser realizada por área técnica específica conforme o assunto a ser tratado.

3.13 Termo de Ajuste Sanitário (TAS)

O Termo de Ajuste Sanitário (TAS) é um instrumento que tem por finalidade a correção de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativas do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS e às falhas de natureza formal de que não resulte dano ao erário público.

A Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para ações e serviços de saúde na forma de blocos de financiamento e o respectivo monitoramento e controle, estabeleceu no artigo 38 o Termo de Ajuste Sanitário (TAS).

O TAS é um instrumento a ser formalizado entre os entes do Sistema Único de Saúde, no qual são constituídas obrigações para a correção de impropriedades no funcionamento do sistema.

Após ampla discussão nos Grupos Técnicos da Câmara Técnica da CIT, com a participação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS), representada pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), sobre a regulamentação do TAS, em setembro de 2009, foi publicada a Portaria MS/GM nº 2.046, regulamentando esse instrumento de gestão.

Além das portarias de estabelecimento do TAS e de sua regulamentação, foram editadas as seguintes portarias:

- Portaria MS/GM nº 2.642, de 28 de outubro de 2009, sobre prorrogação por 90 dias do prazo previsto para manifestação do gestor junto ao respectivo fundo de saúde sobre o interesse na celebração do TAS;
- Portaria MS/GM nº 344, de 22 de fevereiro de 2010, designando competência ao Secretário de Gestão Estratégica e Participativa/MS

para firmar o Termo de Ajuste Sanitário junto aos gestores das esferas de governo estaduais, municipais e do Distrito Federal;

- RETIFICAÇÃO publicada no Diário Oficial da União nº 53, de 19 de março de 2010, estabelecendo que o órgão competente do SNA sobrestará o processo de auditoria quando for celebrado o TAS, apenas em relação às constatações que incidirem sua aplicação;
- Portaria MS/GM nº 768, de 13 de abril de 2011, alterando o artigo 2º e seu § 1º; inciso I do artigo 4º; inciso IV do artigo 5º; artigo 9º e seu parágrafo único; artigo 12; e, artigo 15 e seu § 1º.

Consiste na necessidade de conferir eficácia e qualidade ao processo de descentralização, organização e gestão das ações e dos serviços do SUS, assim como de consolidar os compromissos e as responsabilidades sanitárias dos gestores das três esferas de governo.

A essência do TAS é recompor o valor aplicado indevidamente e redirecioná-lo para as finalidades a que se destinava, no caso de recursos financeiros. Celebrado o TAS, os órgãos de controle e os conselhos de saúde estarão acompanhando a sua execução.

O TAS amplia a possibilidade de os gestores estaduais e municipais redirecionarem os recursos para as finalidades a que se destinavam, otimizando assim o financiamento da saúde, além do ingresso de novos recursos financeiros próprios dos estados e municípios para o SUS.

As alterações realizadas na Portaria MS/GM nº 2.046/2009 conferem o mesmo tratamento dado às ações de auditoria realizadas pelos componentes do SNA às demais auditorias e fiscalizações realizadas nas instâncias do SUS pelos diversos órgãos de controle, como Tribunal de Contas da União (TCU) e Controladoria-Geral da União (CGU); permitem a celebração do TAS em relação aos processos administrativos que se encontram no Fundo Nacional de Saúde (FNS/MS) ou nos Fundos Estaduais em procedimento de Tomada de Contas Especial (TCE); definem que o gestor compromitente, obriga-se a depositar o valor apurado, com recurso próprio ou do tesouro, no respectivo Fundo de Saúde no decorrer da execução do Plano de Trabalho; a sua publicação será realizada pelo gestor compromissário, ou seja, no âmbito do gestor que concedeu o TAS.

Ressalte-se que, consoante os artigos 1º e 2º da Portaria MS/GM nº 2.046/2009, não se aplica o TAS somente para correção de impropriedades sobre aplicação de recursos financeiros, mas também para correção de impropriedades relativas à gestão.

O TAS proporciona transparência à gestão em função de sua publicação resumida e de seus aditamentos na imprensa oficial do gestor do SUS

compromissário, além da obrigatoriedade de constar do relatório de gestão do gestor do SUS comprometente, as informações acerca de sua celebração.

De acordo com a Portaria MS/GM nº 2.046/2009, o TAS deverá conter, no mínimo, as seguintes cláusulas:

I – das obrigações do gestor comprometente:

- a) adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II, III e IV do art. 5º da referida portaria;
- b) executar o plano de trabalho previsto no inciso II do art. 5º da portaria; e
- c) aderir ao Pacto pela Saúde com assinatura do Termo de Compromisso de Gestão.

II – o dever do gestor compromissário de arquivar a auditoria quando sanada a impropriedade;

III – explicitação das medidas a serem aplicadas no caso de descumprimento total ou parcial do TAS; e

IV – período de vigência do TAS.

O gestor comprometente ao celebrar o TAS, obriga-se a:

- I – cessar a prática do ato causador da impropriedade;
- II – elaborar plano de trabalho conforme o previsto no inciso I do artigo 7º da portaria;
- III – corrigir a impropriedade por meio das ações detalhadas no plano de trabalho; e
- IV – depositar o valor apurado com recursos próprios ou do tesouro, no respectivo fundo de saúde, no decorrer da execução do plano de trabalho.

Durante a vigência do TAS, suspendem-se as medidas de bloqueio ou devolução de recursos previstas em normativas do Ministério da Saúde.

As três esferas de governo sentiram a necessidade de definir o entendimento sobre impropriedade, irregularidade e malversação, para subsidiar a elaboração da portaria. A definição foi a seguinte:

Impropriedade – qualidade daquilo que não é próprio, que não é adequado, que é inexato, inoportuno. Consiste em falhas de natureza formal, de que não resulta dano ao Erário.

Exemplo: aplicação de recursos do SUS em objeto diverso do pactuado, porém no âmbito da saúde.

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

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

Malversação – constitui-se de ato de improbidade administrativa que causa lesão ao Erário, decorrente de qualquer ação ou omissão, dolosa ou culposa, que enseje perda patrimonial, desvio, apropriação ou dilapidação dos bens ou haveres das instituições públicas.

Exemplo: apropriar-se indevidamente dos recursos do SUS.

Para melhor entendimento da aplicação do TAS, constam abaixo situações em que cabem a celebração do TAS e situações em que não cabem:

a. Cabe a celebração do TAS – para correções de impropriedades decorrentes do descumprimento de obrigações previstas em normativos do Ministério da Saúde relativas à gestão do SUS. Exemplos que se enquadram nestas situações:

- Utilização de recursos financeiros entre os diferentes blocos de financiamentos definidos na Portaria MS/GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007;
- Utilização de recursos na saúde, porém, fora do objeto definido em normativos do Ministério da Saúde.

b. Não cabe a celebração do TAS – no caso de recursos repassados mediante a celebração de convênio, acordo, ajuste ou instrumentos congêneres; quando houver infração à norma legal; e, quando o procedimento resultar em ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos. Exemplos que se enquadram nestas situações:

- Irregularidades constatadas em execução de convênios celebrados com o Ministério da Saúde;
- Infração à norma legal (Constituição Federal, leis, decretos-leis e decretos);
- Índícios de atos que possam caracterizar Improbidade Administrativa, a saber: enriquecimento ilícito, prejuízo ao Erário e que atentam contra os princípios da Administração Pública – Lei nº 84.299, de 2 de junho de 1992;

- Não comprovação de despesas – Parágrafo único do art. 70 da Constituição Federal, art. 8º da Lei nº 8.443/92, art. 63 da Lei nº 4.320/64 e art. 66 do Decreto-Lei nº 93.872/86, dentre outros; e
- Utilização de recursos financeiros fora da finalidade (art. 52 da Lei nº 8.080/90), ou seja, fora das ações e serviços de saúde preconizados pelo SUS.

Informações detalhadas sobre a operacionalização do TAS estão disponíveis no site do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) <<http://sna.saude.gov.br>>, inclusive o Plano de Trabalho referencial, podendo servir de base para aplicação pelos componentes do SNA, estadual, municipal e do Distrito Federal, no que couber.

3.14 Ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde

A instrução de processo de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde é definida **no Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, no artigo 35, inciso VI, letra “a”**.

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

A Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde adotará procedimentos para ressarcimento ao Fundo de valores apurados em ações de controle e auditoria.

4 Requisitos básicos para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria

Como o SNA estrutura-se na forma descentralizada nas três instâncias de gestão, os componentes do sistema de auditoria devem se conformar ao sistema nacional, de acordo com a legislação do SUS, ocupando um lugar formal na estrutura organizacional das secretarias de saúde. Dessa forma, é necessário que os componentes estaduais e municipais sejam regulamentados por lei ou decreto do chefe do Poder Executivo e que tenham também um responsável legal, como um gerente, coordenador ou diretor, conforme organograma das secretarias de saúde e que o gestor designe, por meio de ato próprio (portaria ou decreto), o corpo de auditores, auferindo, assim, um caráter de legalidade aos trabalhos de auditoria desenvolvidos pela equipe designada.

É recomendado que a auditoria tenha uma estrutura mínima compatível com as atividades a serem desenvolvidas, considerando-se o perfil e a complexidade da rede de serviços, inclusive o volume de produção de serviços e quantitativo de contratos firmados com a rede complementar. Desse modo, é esperado que os componentes do SNA sejam dotados de alguns recursos, como:

- Espaço físico definido;
- Infraestrutura de informática composta de microcomputadores e impressora;
- Linha telefônica e acesso a internet;
- Disponibilidade de meios de transporte para a execução de ações *in loco*;
- Recursos humanos com equipe multiprofissional, preferencialmente, do quadro permanente para o desempenho das ações técnicas e administrativas;
- Recursos financeiros definidos no orçamento para o desenvolvimento das atividades.

Considerando as atribuições que o Sistema Nacional de Auditoria possui, de acordo com a Lei nº 8.689/93: “§ 1º Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial

do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada”, recomenda-se que a equipe de auditoria seja composta com a variedade de categorias profissionais, de acordo com a necessidade/possibilidade da secretaria ou órgão equivalente. Havendo necessidade de especialistas e/ou profissionais de categorias que não fazem parte do quadro do componente de auditoria para ações pontuais, a secretaria estadual/municipal de saúde poderá solicitar formalmente a participação de profissionais de outras áreas para atuarem como colaboradores em uma ação de auditoria.

Nesse caso, o profissional deverá ser designado para a atividade por portaria do respectivo chefe do Poder Executivo, para evitar questionamentos sobre competências e legalidade dos trabalhos por ele desenvolvidos. Todos os auditores deverão ter conhecimento técnico para as ações de auditoria, sendo a formação/capacitação desses de responsabilidade das três esferas de gestão.

Com vista a contribuir para uma melhor organização da auditoria e de sua respectiva base legal, recomenda-se também elaborar o seu próprio regulamento, especificando os objetivos, competências, atividades e composição da equipe, assim como outros itens considerados importantes para o efetivo funcionamento dos componentes do SNA, bem como a elaboração de legislação normativa, para atuação em áreas específicas, como instruções normativas para realização de apuração de denúncias ou estabelecimento de fluxos administrativos de processos para ressarcimento ao SUS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.123, de 7 de outubro de 2004**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2004/gm/gm-2123.htm>>. Acesso em 20 abr., 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual do Serviço de Atendimento de Demandas Espontâneas (Sade)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações Básicas para utilização de Sistemas Informatizados em auditoria no SUS**. Brasil: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus). **Orientações sobre aplicação de recursos financeiros do SUS, repassados fundo a fundo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Manual de auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico operacional do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de bases técnicas de oncologia do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de auditoria do Sistema Nacional de Auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 37 p.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 17 Jun. 2011.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/l8080.htm>>. Acesso em: 17 Jun. 2011.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 17 Jun. 1990.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm>. Acesso em: 17 jun. 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 1.105, de 06 de abril de 1994**. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112988/decreto-1105-94>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.974 de 29 de novembro de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974.htm>. Acesso em: 20 abril. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 2006. 76 p. – (Série A. Normas e manuais Técnicos). ISBN 85-334-0960-5

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual : orientações para organização e funcionamento** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 60 p. : il. – (Série B.Textos Básicos em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 10) ISBN 978-85-334-1620-8

ANEXO "A"

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei no 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

- I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;
- III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;
- IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;
- V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

- VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;
- VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e
- VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

- I - atenção primária;
- II - urgência e emergência;
- III - atenção psicossocial;
- IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e
- V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

- I - seus limites geográficos;
- II - população usuária das ações e serviços;
- III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e
- IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial; e
- IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o caput será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

- I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;
- II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

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

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

- I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;
- I - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;
- III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;
- IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e
- V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

- I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;
- II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e
- III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

- I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;
- IV - indicadores e metas de saúde;
- V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

- I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;
- II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

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

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

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

- I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;
- II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990;
- III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e
- IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF
Alexandre Rocha Santos Padilha

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011

ISBN 978-85-334-1815-8



9 788533 418158

Ouidoria do SUS 136 • Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



SUS

Secretaria de
Gestão Estratégica e Participativa

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA