

AUDITORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE



**Marília Louvison
2012
mariliacpl@gmail.com**

Introdução à Auditoria no Sistema Único de Saúde

- O Sistema Único de Saúde
- A avaliação enquanto prática da gestão
- Conceitos de Auditoria
- Marco legal – base normativa
- O Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA)
- Atribuições
- Auditoria do SUS: um novo conceito de prática de apoio à gestão
- Diretrizes da Auditoria do SUS
- Requisitos básicos para implantação de serviço de auditoria no SUS

Introdução à Auditoria no Sistema Único de Saúde

- Postura ética do agente público em atividades de auditoria
- O processo de trabalho da auditoria do SUS
- Programação/Planejamento
- Plano de Trabalho
- Fase analítica da auditoria
- Fase operativa da auditoria
- Relatório da auditoria
- Auditoria Clínica ou Assistencial

O QUE É AUDITORIA EM SAÚDE NO SUS?

O que?

Que faz?

Pra que?

Por que?

Como?

**CURSO BÁSICO DE
REGULAÇÃO
CONTROLE, AVALIAÇÃO E
AUDITORIA
NO SUS**



**VERSÃO REVISTA E AMPLIADA
2011**



Conceito

A auditoria em saúde constitui-se em um conjunto de técnicas que verifica o acesso e a qualidade, com foco nas estruturas, processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros na área da saúde, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais ou legais, baseados nos princípios do SUS.

CONTEXTO

Crises da Saúde

Conrandioupoulos



- Financiamento e Gestão
- lógica de mercado (produtores, fornecedores distribuidores e usuários)
- lógica profissional, pela qual se dá, por motivos diversos (prestígio, lucro, interesse científico)
- lógica tecnocrática, que tenta imprimir racionalidade ao setor da saúde
- lógica política, tecnocrática (atuação do Judiciário) ou partidária

**Modelo de
Gestão**

**Modelo de
Atenção**

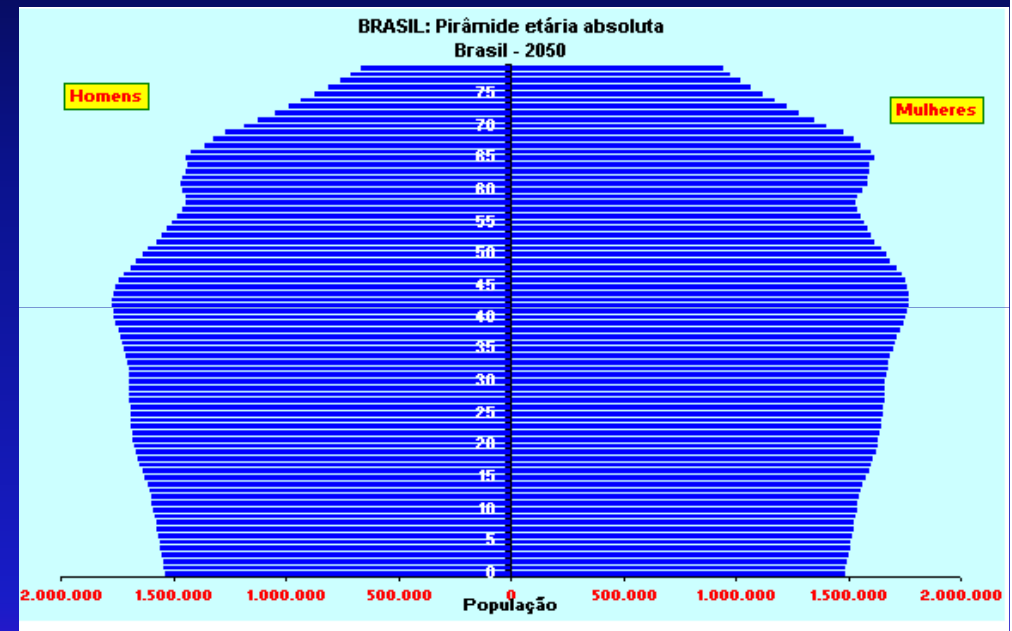
**Envelhecimento Populacional
Padrão de
Morbi Mortalidade**

Incorporação tecnológica

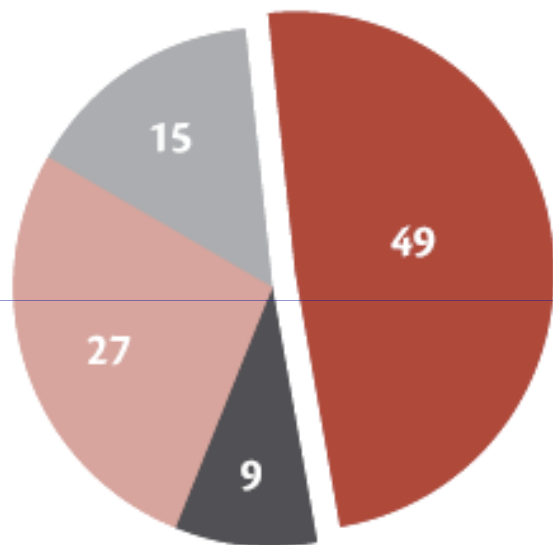
CUSTOS

- **Lógica do prestador de serviço**
- **Modelo Hospitalocêntrico**
- **Modelo Médicocentrado**
- **Flexneriano e Inampsiano**
- **Informações e Registros Deficientes**
- **Pouca profissionalização da gestão em saúde**
- **Mix Público Privado**

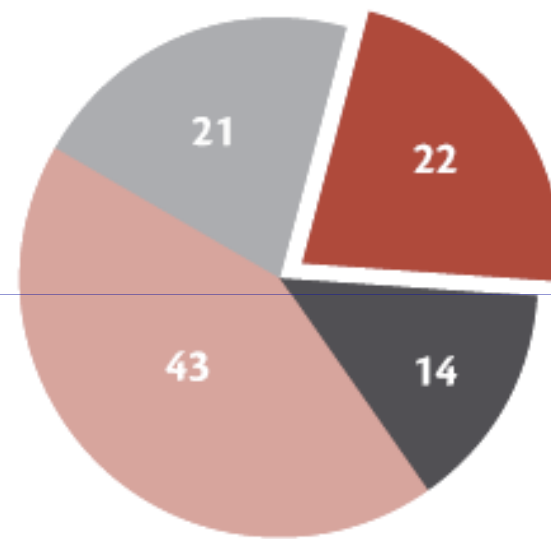
A transição demográfica, as mudanças na distribuição das doenças e especificidades no viver, adoecer e morrer no mundo contemporâneo



Carga Global das doenças



1990



2020

- doenças transmissíveis
- doenças não transmissíveis

- doenças neuropsiquiátricas
- lesões

Fonte: Murray, C & Lopez, A. (1996).

Determinantes Sociais de Saúde

Promoção da Saúde



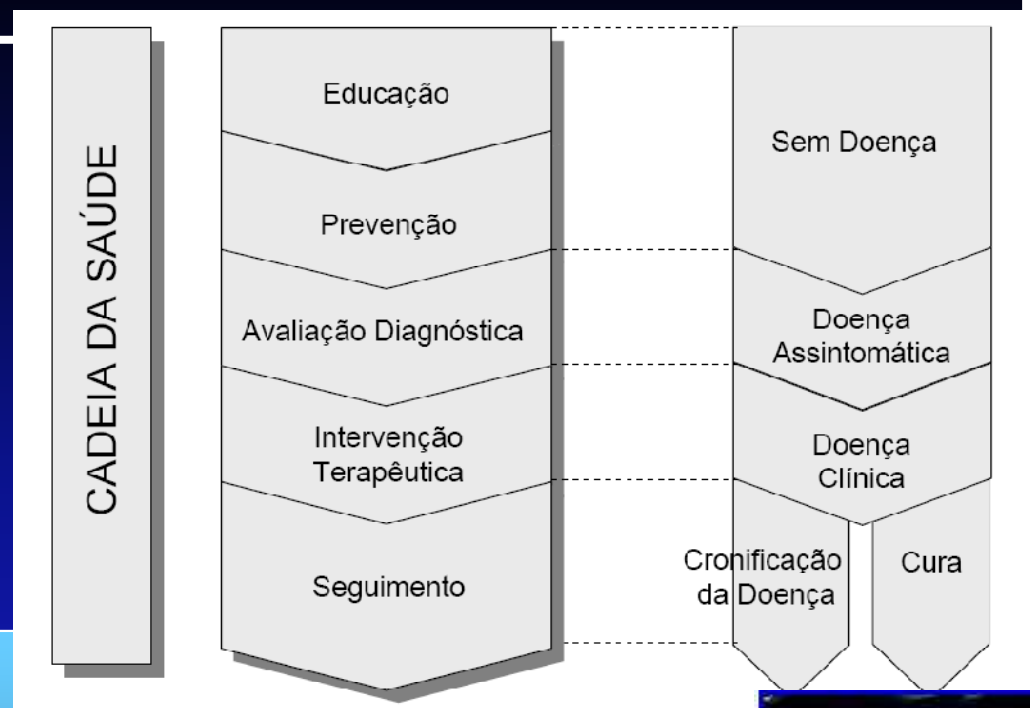
Condições crônicas: DANT

- Levam décadas para estar completamente instaladas na vida de uma pessoa e têm origem em idades jovens;
 - Sua emergência é em muito influenciada pelas condições de vida, não sendo resultado unicamente de escolhas individuais;
 - Têm muitas oportunidades de prevenção devido sua longa duração;
 - Requerem um tempo longo e uma abordagem sistemática para o tratamento;
 - Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem.
- Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência.*

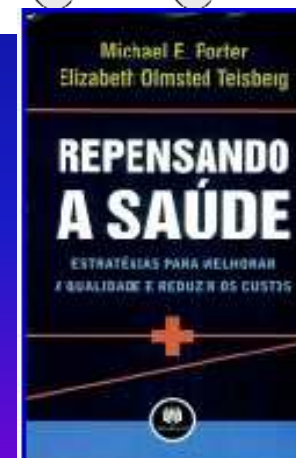
Competição de soma zero – cadeia de valor

“O desafio fundamental no sistema de saúde é dar partida a um novo tipo de competição - a competição em resultados para melhorar a saúde e o atendimento aos usuários”

Michael Porter



- Inovadores de ruptura nos modelos de gestão:
- Centros resolutivos
- Processos que agregam valor
- Redes facilitadoras
- Restrições: reforma do sistema de pagamento, tecnologia da informação e rede de usuário



Regulação Pública em Saúde

- **Tecnologias**
- **Medicamentos**
- **Recursos Humanos**
- **Modelo de atenção**
- **Acesso**
- **Qualidade**
- **Custo**



PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

- ▣ A prevenção quaternária é um conceito proposto por Marc Jamouille e Michel Roland, difundida através da WONCA, Organização Mundial de Medicina Geral e Familiar, como uma intervenção para evitar ou atenuar as consequências adversas dos excessos dos cuidados médicos que, muitas vezes, produzem danos desnecessários em função de intervenções diagnósticas ou terapêuticas desnecessárias (over medicalization). (Gérvás & Fernández , 2006)

**ATENUAR FALHAS
DE MERCADO**

**OFERTA DE
ACORDO COM A
NECESSIDADE**

**MODELO DE
ATENÇÃO
EFICIENTE E
RESOLUTIVO**

DEMANDAS

NECESSIDADES

ACESSO

**A
C
E
S
S
O**

UTILIZAÇÃO

**CIDADÃO
BEM ESTAR SOCIAL**

**DEMANDA
REPRIMIDA**

**GESTÃO DO SISTEMA
COMPRAR
ENTREGAR
ACCOUNTABILITY**

**FORMAÇÃO EM
SAÚDE**

**OFERTA
Rede de Prestadores
de serviços**

CONTRATUALIZAÇÃO

**INCORPORAÇÃO
DE TECNOLOGIAS**

**PADRÕES DE
QUALIDADE**



Onde estamos?

Modelo médico hegemônico

- Lógica individual, da cura
- Pulverizado , desintegrado
- Clínica flexneriana – relatório flexner analisou o ensino médico nos EUA em 1910, produzindo uma ampla reforma na formação médica
- Foco na pesquisa biológica e na especialização
- Formação centrada no corpo anátomo-fisiológico e tendo como principal referência o hospital
- Modelagem dos serviços de saúde operam por processos de trabalho centrados no saber e na pessoa do médico



- Foco nos cuidados agudos
- Medicalização
- Incorporação tecnológica desregulada (baseada no mercado)
- Privilegiamento das tecnologias “duras”
- Desprivilegiamento das pessoas

Onde queremos chegar? Qualificação do cuidado

- Lógica coletiva, do cuidado
- Clínica ampliada e integralidade
- Usuário centrado
- Equipes ampliadas, vínculos e responsabilização
- Abordagem ampliada e compartilhada
- Promoção da saúde e intersetorialidade
- Integração e continuidade do cuidado
- Diretrizes baseadas em evidências e racionalidade tecnológica

**TRANFORMAR A
LÓGICA DOS SERVIÇOS**

OFERTA E DEMANDA

PROCEDIMENTO

MÉDICO CENTRADA



**PARA A LÓGICA DA GESTÃO
DO SISTEMA**

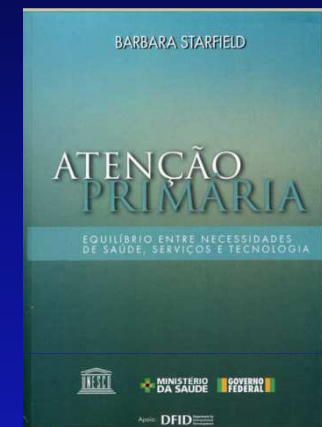
ACESSO E NECESSIDADE

ATENÇÃO INTEGRAL

**QUALIFICAÇÃO DO
CUIDADO**

USUÁRIO CENTRADA

Era uma vez, um Porteiro e uma Feiticeira. O trabalho do Porteiro era decidir quem poderia ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que viam o Porteiro não viam a Feiticeira. Geralmente elas estavam apenas um pouco doentes ou com a preocupação de estarem doentes e o Porteiro era muito bom em decidir quem precisava ver a Feiticeira. A maioria das pessoas que a viam estavam muito doentes e ela poderia lançar seus feitiços para fazer com que melhorassem. A Feiticeira e o Porteiro precisavam um do outro. O problema foi que quanto mais pessoas ouviam a respeito das poções mágicas da Feiticeira, mais queriam vê-la, e as filas de espera tornaram-se cada vez mais longas. Algumas vezes, o Porteiro tinha de mandar algumas pessoas de volta à Feiticeira, porque elas não pegaram poções mágicas suficientes. As pessoas ficaram muito bravas e contaram à Rainha. A Rainha disse, “Deixe as pessoas que desejam ver a Feiticeira ir diretamente a ela e que elas mesmas a paguem. As pessoas que podiam pagar ficaram muito felizes. O problema era que as filas de espera ficaram maiores porque a Feiticeira passava mais e mais tempo vendo aqueles que podiam pagar. Na verdade, a maravilhosa bola de cristal começou a dar mais e mais respostas erradas. “Descubra o que está acontecendo”, gritou a Rainha. O Porteiro teclou o “DataSpell” em sua bola de cristal e lá apareceu a mensagem: “O valor de um exame diagnóstico depende da prevalência da condição na população examinada. A Feiticeira é muito boa ao decidir quem está muito doente, mas nada boa ao decidir quem está bem. O Porteiro é muito bom ao decidir quem está bem, mas não tão bom ao decidir quem está muito doente. Os Porteiros usam os exames e testes



para determinar se as pessoas estão normais ou não, enquanto a Feiticeira usa os testes para detectar a doença. Se a bola de cristal da Feiticeira estiver funcionando de forma adequada, ela deveria ver apenas as pessoas que o Porteiro suspeita que estão doentes o suficiente para precisar de mais atenção. E o Porteiro veria as pessoas que ele pensa estarem doentes e tentaria descobrir se realmente estão. E então o sistema funcionará. Longe de ser um arranjo para privar as pessoas de escolha e acesso à Feiticeira, é a forma mais eficiente de cuidar de pessoas doentes.” A Rainha descobriu, entretanto, que persuadir as pessoas disso era muito mais difícil – uma vez adquirido o gosto pelo acesso direto à bola de cristal e às poções mágicas, ele não é facilmente esquecido.

Adaptado de Mathers e Hodgkin (1989)

O SUS

Base Legal do SNA

- inciso XIX do art. 16 da Lei nº 8.080
 - Lei nº 8.689/93
- Institui no âmbito do Ministério da Saúde o Sistema Nacional de Auditoria a quem “compete a avaliação técnico científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde”.
 - Decreto nº 1.651/95
- Regulamenta o SNA, dando-lhe, por níveis de gestão, competências e atribuições para proceder a análise e verificação do SUS.



Pacto de Gestão 2006

I – O PACTO PELA VIDA

II – O PACTO EM DEFESA DO SUS

III – O PACTO DE GESTÃO DO SUS

PACTO PELA VIDA

- ▣ Saúde do Idoso
- ▣ Controle do Câncer do Colo de Útero e Mama
- ▣ Redução da mortalidade infantil e materna
- ▣ Fortalecimento da Capacidade de Resposta às doenças emergentes e endemias; com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza
- ▣ Promoção da Saúde
- ▣ Fortalecimento da Atenção Básica

PACTO DE GESTÃO

- Responsabilidade Sanitária
- Regionalização solidária – Conselhos de Gestão Regional
- Regulação e Normalização do Sistema
- Planejamento, Programação e Avaliação, com foco nos modelos de atenção
- Financiamento, em consonância com a EC 29
- Participação Social e Controle Público do Sistema
- Gestão do Trabalho em Saúde



“Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui?”.

“Depende bastante de onde você quer ir”, respondeu o gato.

“Não me importa muito para onde”, disse Alice.

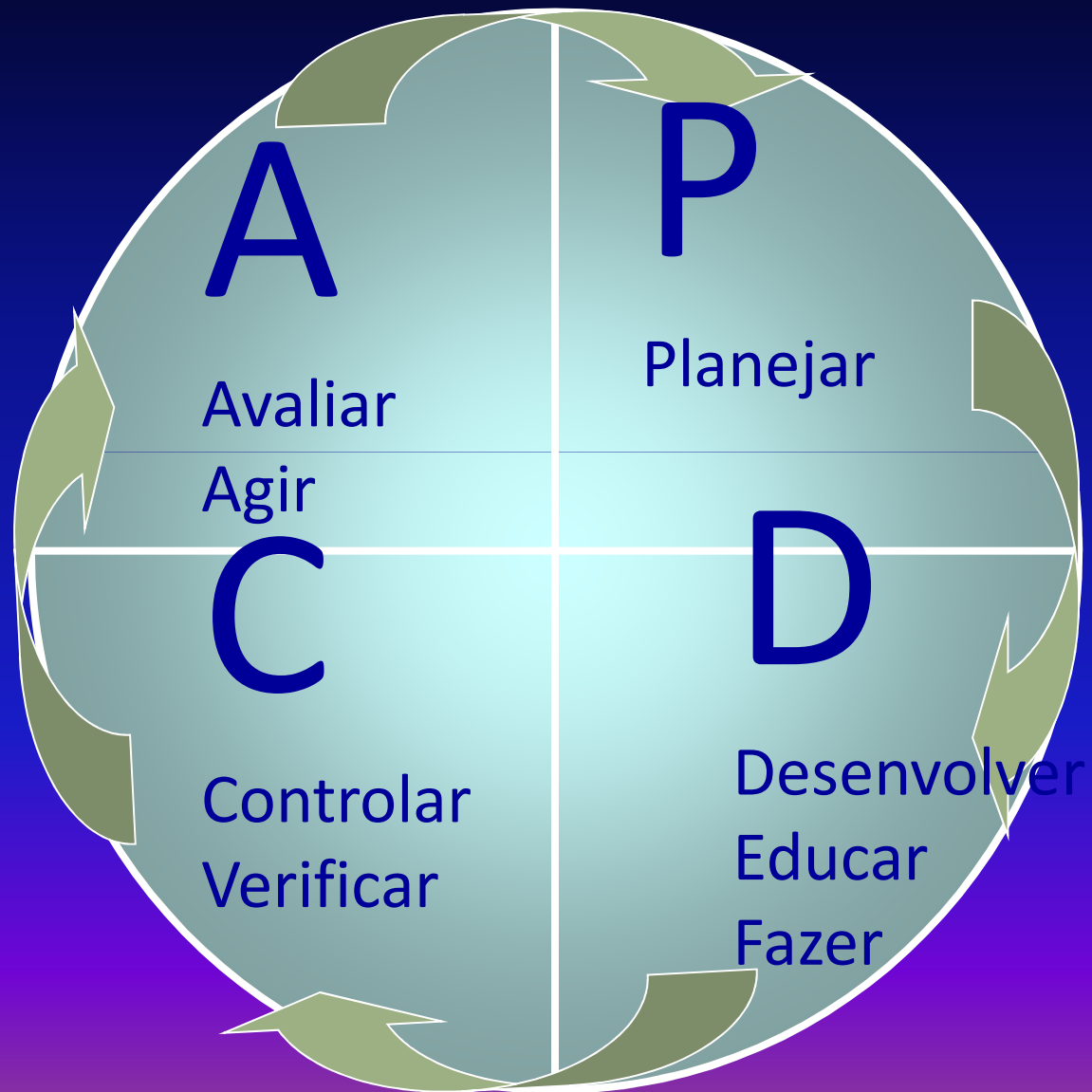
“Então não me importa que caminho tome”, disse o gato.

“Contanto que eu chegue a algum lugar”, Alice acrescentou.

“Oh, isso você certamente vai conseguir”, afirmou o Gato, “desde que ande bastante”.

Alice no País das Maravilhas. Lewis Carol.

Ciclo PDCA



PACTO PELA VIDA

PACTO EM DEFESA DO SUS

PACTO DE GESTÃO

POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

**CURSO BÁSICO DE REGULAÇÃO, CONTROLE,
AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SUS**

PORTARIA No- 1.559, DE 1 DE AGOSTO DE 2008

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS)
As ações da política estão organizadas em três dimensões de atuação, integradas entre si. São elas: Regulação de Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e Regulação do Acesso à Assistência.

Entre as ações da Regulação de Sistemas de Saúde estão: vigilância sanitária e epidemiológica; e avaliação e incorporação de tecnologias em saúde.

Já a Regulação da Atenção à Saúde prevê, entre outras ações, o cadastramento de estabelecimentos profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); e supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar.

No que compete à área de Regulação do Acesso à Assistência estão: a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; e a padronização das solicitações de procedimentos por meio de protocolos assistenciais; entre outras ações.

POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS

Regulação sobre Sistemas de Saúde

SISTEMAS

Regulação da Atenção à saúde

SERVIÇOS

Regulação do acesso à assistência

AÇÕES

A regulação em saúde é composta por um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Abrange tanto o ato de regulamentar (*elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.*) quanto as ações e técnicas que asseguram seu cumprimento (*fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações*).

Regulação sobre Sistemas de Saúde

Vigilância em Saúde

Regulação da Saúde Suplementar

Controle sobre Sistemas de Saúde

Regulação da Atenção à Saúde

Programação
da Atenção à
Saúde

Contratação
de
Serviços de
Saúde

Regulação do
Acesso à
Assistência

Avaliação de
Serviços de
Saúde

Controle da
Produção
Assistencial

Sistemas de Informações

Avaliação sobre Sistemas de Saúde

Auditoria de Sistemas

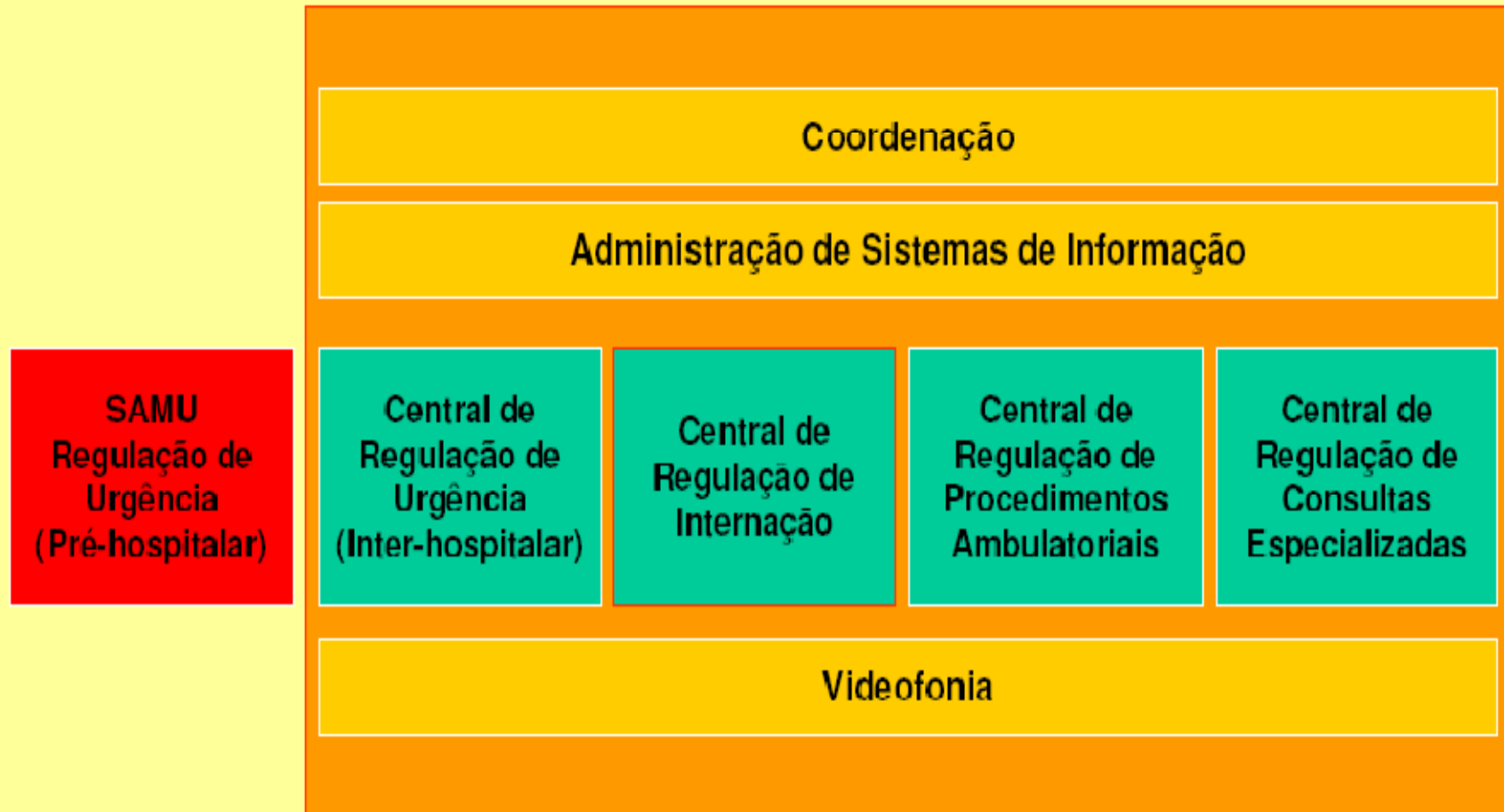
Controle Social

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL OU DO ACESSO NO SUS

Disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

➤ O conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, compreendendo fluxos, protocolos assistenciais, centrais de leitos e as centrais de consultas e exames.

Complexo Regulador



Diretrizes de Regulação do acesso

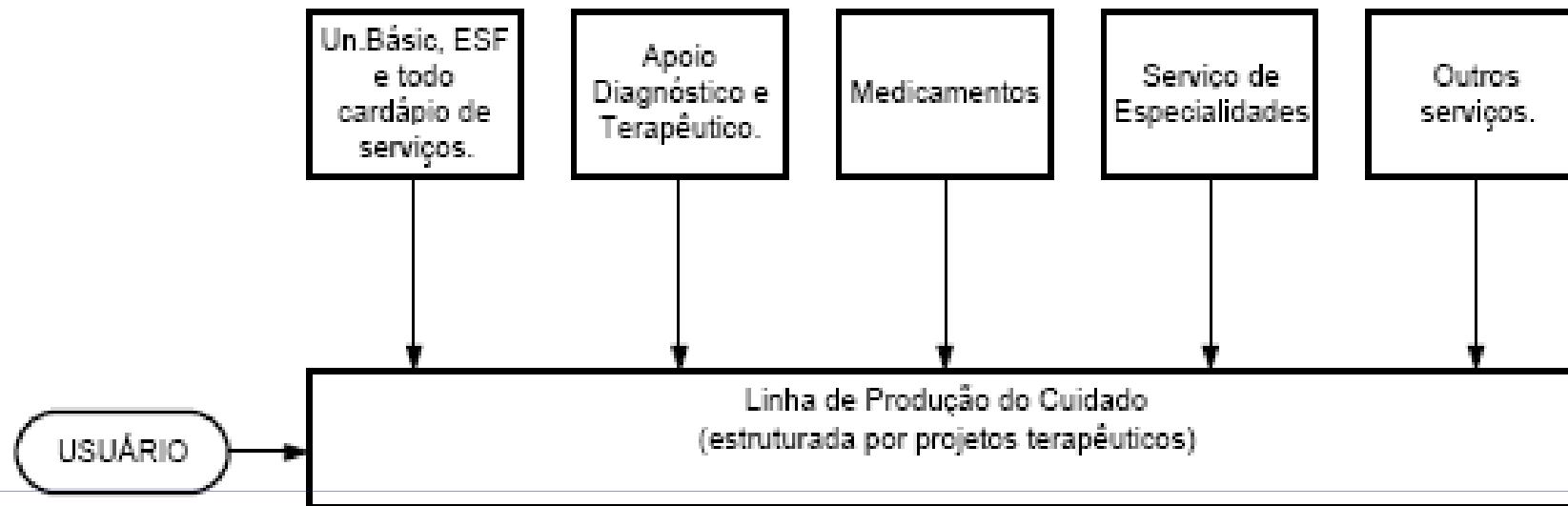
- ▣ Diretrizes de regulação do acesso são diretrizes para solicitar e usar, adequada e racionalmente, as tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo, sendo um instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre os níveis de complexidade assistencial.
- ▣ PROTOCOLOS DE FLUXOS ASSSITENCIAIS
- ▣ Regulação por Linhas de Cuidado
- ▣ Diretrizes por Linhas Guia

Regulação por Linhas guia

Protocolos de fluxos assistenciais

- ▣ Evidências – oferta
- ▣ Público-alvo
- ▣ Indicações clínicas - Indicações de fluxo
- ▣ Por curso de vida, patologia, por especialidade, por exame
- ▣ Varias iniciativas internacionais, nacionais, estaduais e municipais em função da necessidade de regulação

Linhas de cuidado



No caso, o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo.

Linha de cuidado

“ A gestão dos serviços de saúde por meio de linhas de cuidado pretende criar mecanismos que facilitem a coordenação articulada da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado. Com a criação de canais de comunicação mais definidos, solidários e menos ruidosos, a responsabilização pelo cuidado se dá numa linha contínua que atravessa vários lugares, tanto do hospital, quanto de outras instituições e serviços de saúde.”

Cecílio e Merhy, 2003

Portaria de n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010

Trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de saúde que necessita, com efetividade e eficiência.

CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO

- ▣ Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.
- ▣ O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Fundamentos das RAS

- **centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde);**
pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos);
- **eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas),**
- **equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).**

ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- ▣ 1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
- ▣ 2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
- ▣ 3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;

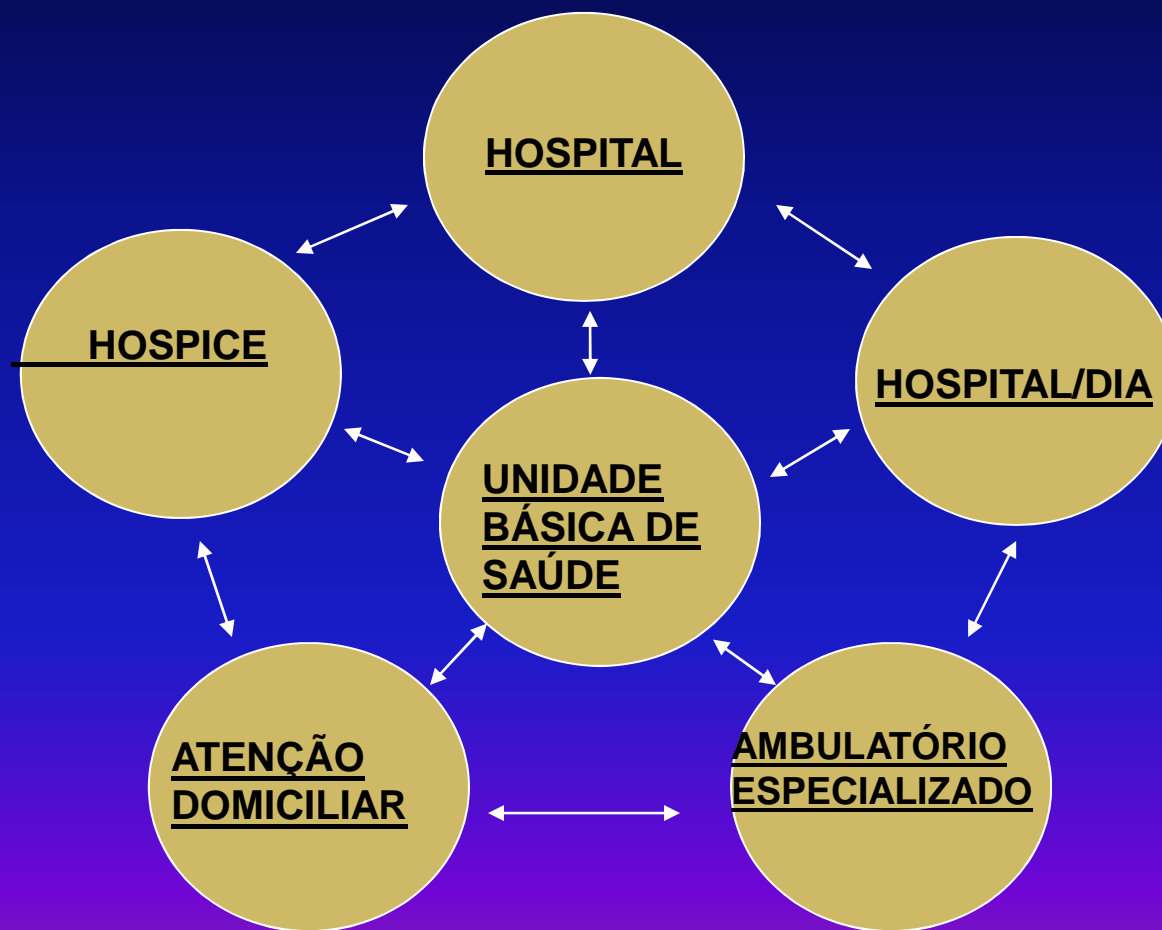
ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- ▣ 4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- ▣ 5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
- ▣ 6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- ▣ 7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

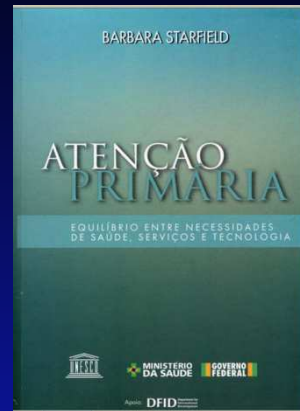
ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

- ▣ 8. Participação social ampla;
- ▣ 9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- ▣ 10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- ▣ 11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
- ▣ 12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;
- ▣ 13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e
- ▣ 14. Gestão baseada em resultado.

SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE INTEGRADOS REGULADOS



ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE



www.saude.gov.br/dab

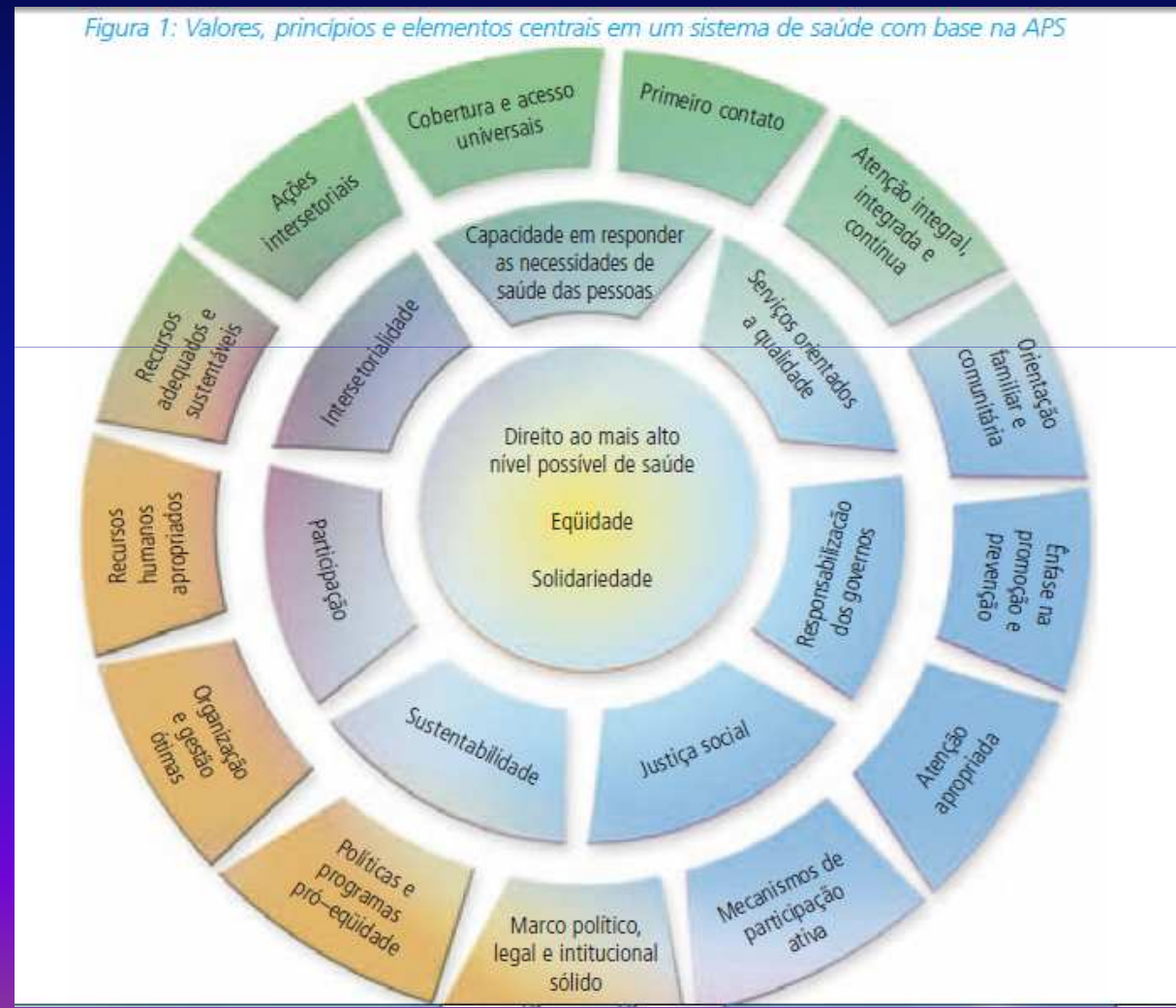


ACESSO E UTILIZAÇÃO
(PRIMEIRO CONTATO)
LONGITUDINALIDADE
INTEGRALIDADE
COORDENAÇÃO
CLÍNICA AMPLIADA E
COMPARTILHADA
ACOLHIMENTO
MATRICIAMENTO
PROJETO TERAPÊUTICO

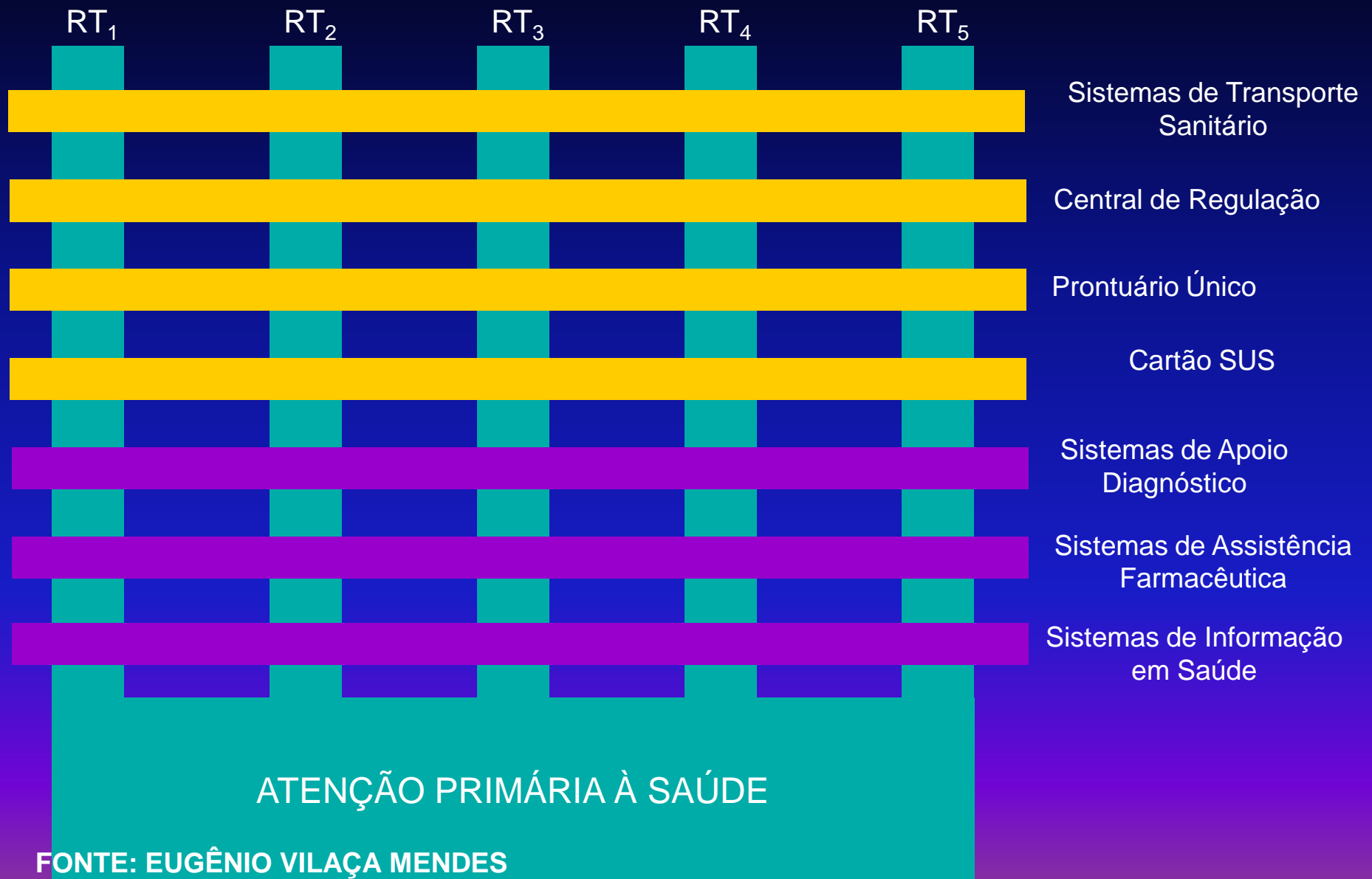
GESTÃO DA CLÍNICA SINGULARES DE ATENÇÃO
GESTÃO DO CUIDADO – LINHAS DE CUIDADO

<http://new.paho.org/bra/apsredes/>

Figura 1: Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde com base na APS



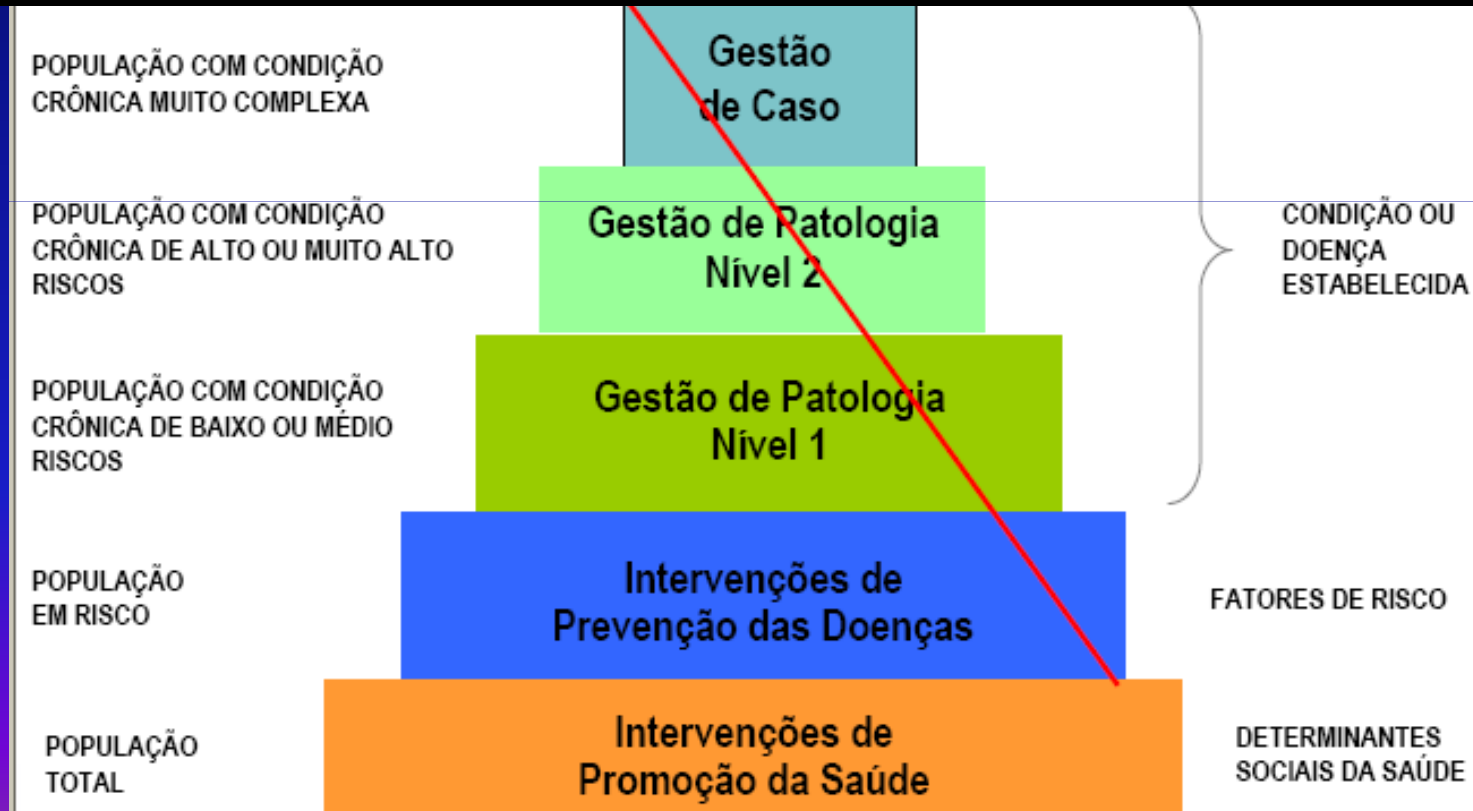
A ESTRUTURA OPERACIONAL DAS REDES DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



**A GESTÃO DA CLÍNICA:
É A APLICAÇÃO DE TECNOLOGIAS DE MICROGESTÃO DOS SERVIÇOS
DE SAÚDE COM A FINALIDADE DE ASSEGURAR PADRÕES CLÍNICOS
ÓTIMOS E MELHORAR A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE
GESTÃO DA LISTA DE ESPERA, GESTÃO DE CASOS, GESTÃO DE
PATOLOGIAS E AUDITORIA CLÍNICA**

FONTES: DEPARTMENT OF HEALTH

(1998) e MENDES (2001)



Eugenio Vilaça Mendes

O MODELO DA ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICA



FONTE: WAGNER (1998)

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.

“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.”

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;

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.

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO

A Regulação da atenção tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde (consultas, exames, terapias, internações, etc) portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

REGULAÇÃO
Normaliza - Direciona

CONTROLE
Monitora - Constata

AVALIAÇÃO
Mensura - Reorienta

OUVIDORIA
Registra - Apura

AUDITORIA
Examina - Valida

Regulação da Atenção à saúde

Tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde (consultas, exames, terapias, internações, etc) portanto está dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados.

O Complexo Regulador é a principal estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde, de forma a adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais dos usuários.

Regulação dos serviços de saúde

PROGRAMAÇÃO DO SISTEMA

Programação Pactuada Integrada

PROGRAMAÇÃO DOS SERVIÇOS

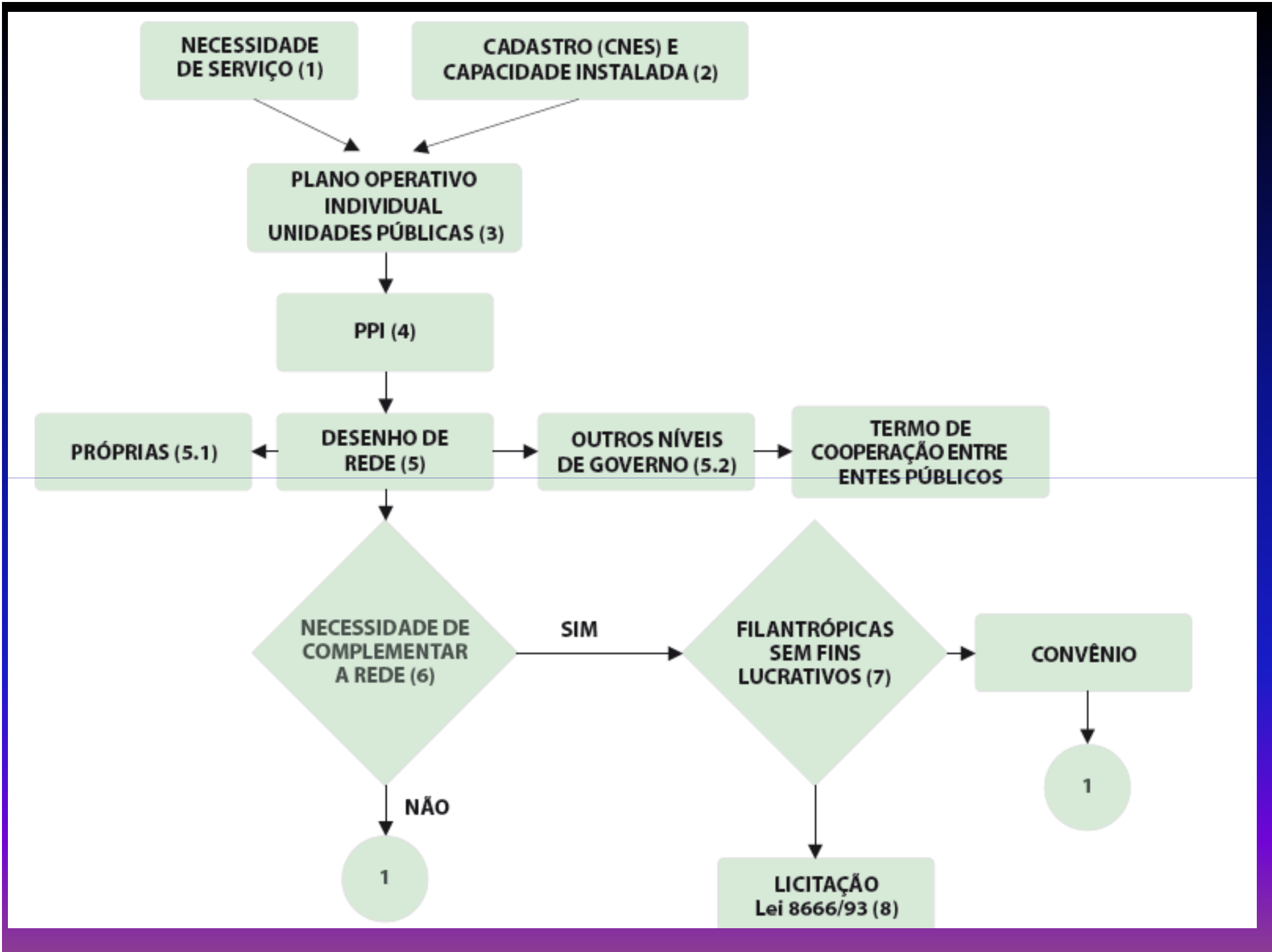
PRODUÇÃO POTENCIAL

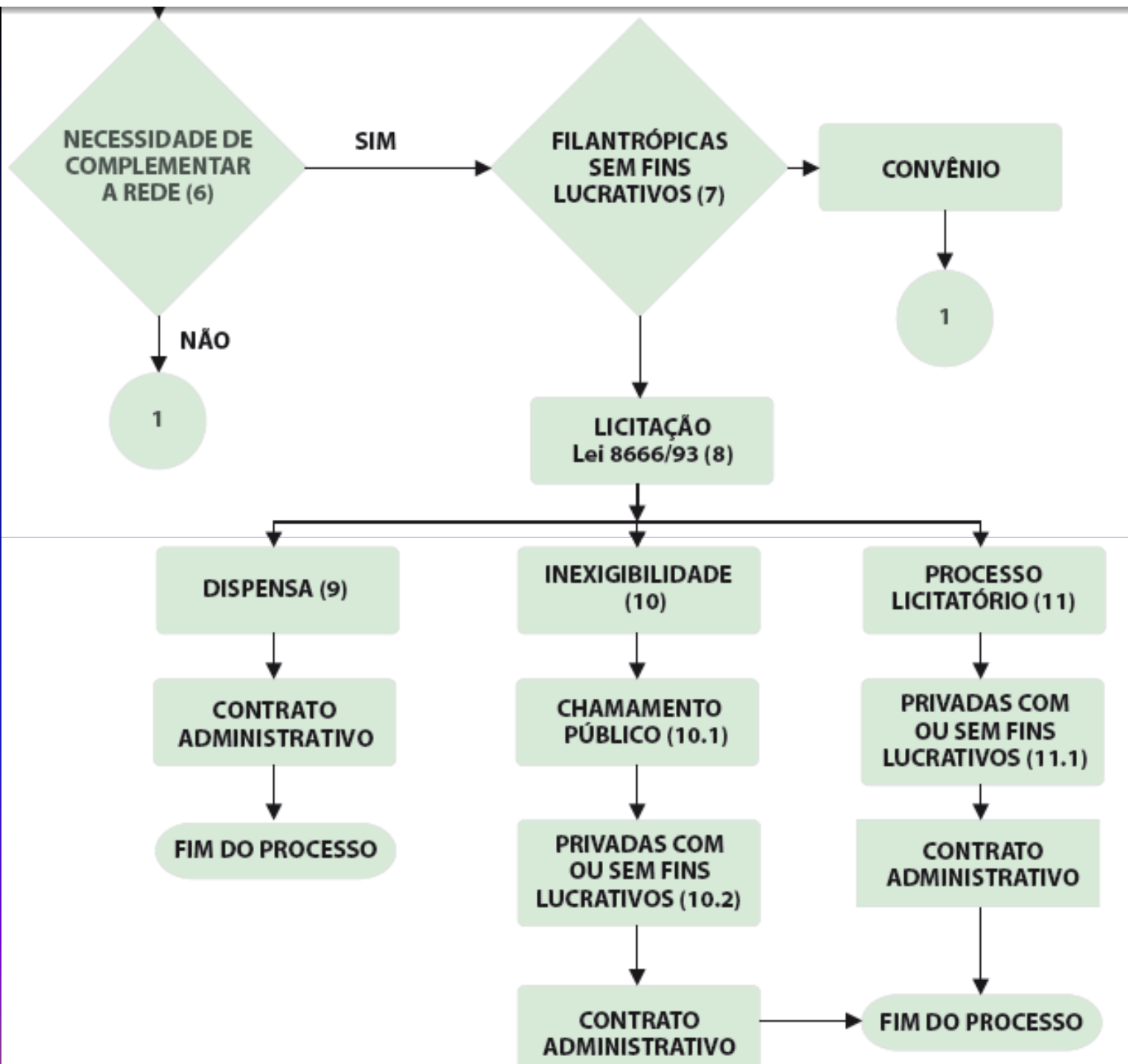
**FICHA DE PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL
E INTERNAÇÕES ESTIMADAS POR CLÍNICA
(LEITOS DIA/MÉDIA DE PERMANÊNCIA X TAXA OCUPAÇÃO)
PARÂMETROS (Pt GM 1101- junho/02)**

**CADASTRAMENTO
CADASTRO
CNES**

**CREDENCIAMENTO
DOS SERVIÇOS DE ALTA
COMPLEXIDADE
HABILITAÇÃO**

**CONTRATUALIZAÇÃO
CONTRATOS**







Sistemas de pré pagamento:

Transferências por pressupostos globais, Transferência por captação

Sistemas de pós pagamento:

Por diária hospitalar, Por ato médico (pagamento itemizado)

Por procedimento (DRG – Grupos Relacionados por diagnóstico)

Por desempenho

AÇÕES DA REGULACÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

- ▣ **Contrataçáo e Contratualizaçáo** - relaçóes pactuadas e formalizadas dos gestores com prestadores de serviços de saúde.
- ▣ **Regulaçáo do Acesso à Assistênci**a - conjunto de relaçóes, saberes, tecnologias e açóes que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.
- ▣ **Avaliaçáo da Atençáo à Saúde** - conjunto de operaçóes que permitem emitir um juízo de valor sobre as açóes finais da atençáo à saúde e medir os graus de qualidade, humanizaçáo, resolubilidade, satisfaçáo.
- ▣ **Controle da Produçáo dos Serviços**
- ▣ **Auditoria em saúde**

PLANEJAMENTO

CADASTRAMENTO E CREDENCIAMENTO

PROGRAMAÇÃO (FPO)

CONTRATUALIZAÇÃO

REGULAÇÃO DO ACESSO
PROCESSO AUTORIZATIVO

EXECUÇÃO
SUPERVISÃO



**INFORMAÇÃO
(SIA e SIH)**



PROCESSAMENTO



VALIDAÇÃO



APROVAÇÃO



REVISÃO



AVALIAÇÃO

AUDITORIA

PLANEJAMENTO

Auditoria em Saúde no SUS

- Qual o papel da auditoria no contexto do SUS?
- O que difere a auditoria em saúde no SUS das demais auditorias?
- Que outros tipos de auditoria vc conhece?
- Quais as diferenças e interfaces da auditoria em relação ao processo de planejamento e regulação?

AVALIAÇÃO ENQUANTO PRÁTICA DE GESTÃO

“ O fundamental não é o vocabulário de avaliação, nem as diversas metodologias, mas o compromisso do sistema de saúde de buscar, de forma permanente, aperfeiçoar sua contribuição à sociedade tanto no plano clínico como na perspectiva mais ampla da saúde pública.” (Silver,1992).

GESTÃO

**CONHECIMENTO
INFORMAÇÃO**

TRANSPARÊNCIA

VISIBILIDADE



O QUE A SOCIEDADE PODE ESPERAR?

QUALIDADE

SEGURANÇA

AGILIDADE

RESPEITO

TRANSPARÊNCIA

SAÚDE



Saúde
Ministério da Saúde

SUS

14ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011

SUS na Seguridade Social, Política Pública e Patrimônio do Povo Brasileiro.

ACESSO E ACOLHIMENTO COM QUALIDADE
UM DESAFIO PARA O SUS
Todos Usam o SUS!

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
NÃO TEMO E NÃO SEREMOS



MONITORAMENTO/VIGILÂNCIA



PAINÉIS/SALA DE SITUAÇÃO



AValiação DO SERVIÇOS



VALORAÇÃO DE RISCO



**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
DAS AUDITORIAS**

Avaliação

FATOS

DADOS

INFORMAÇÕES

INDICADORES

Mensuração
Comparação
Juízo de valor

PARÂMETROS
PADRÕES



Qualidade da atenção à saúde

- ▣ Alto nível de prática profissional
- ▣ Uso eficiente de recursos
- ▣ Alto grau de satisfação da clientela
- ▣ Impacto positivo na saúde

DONABEDIAN:

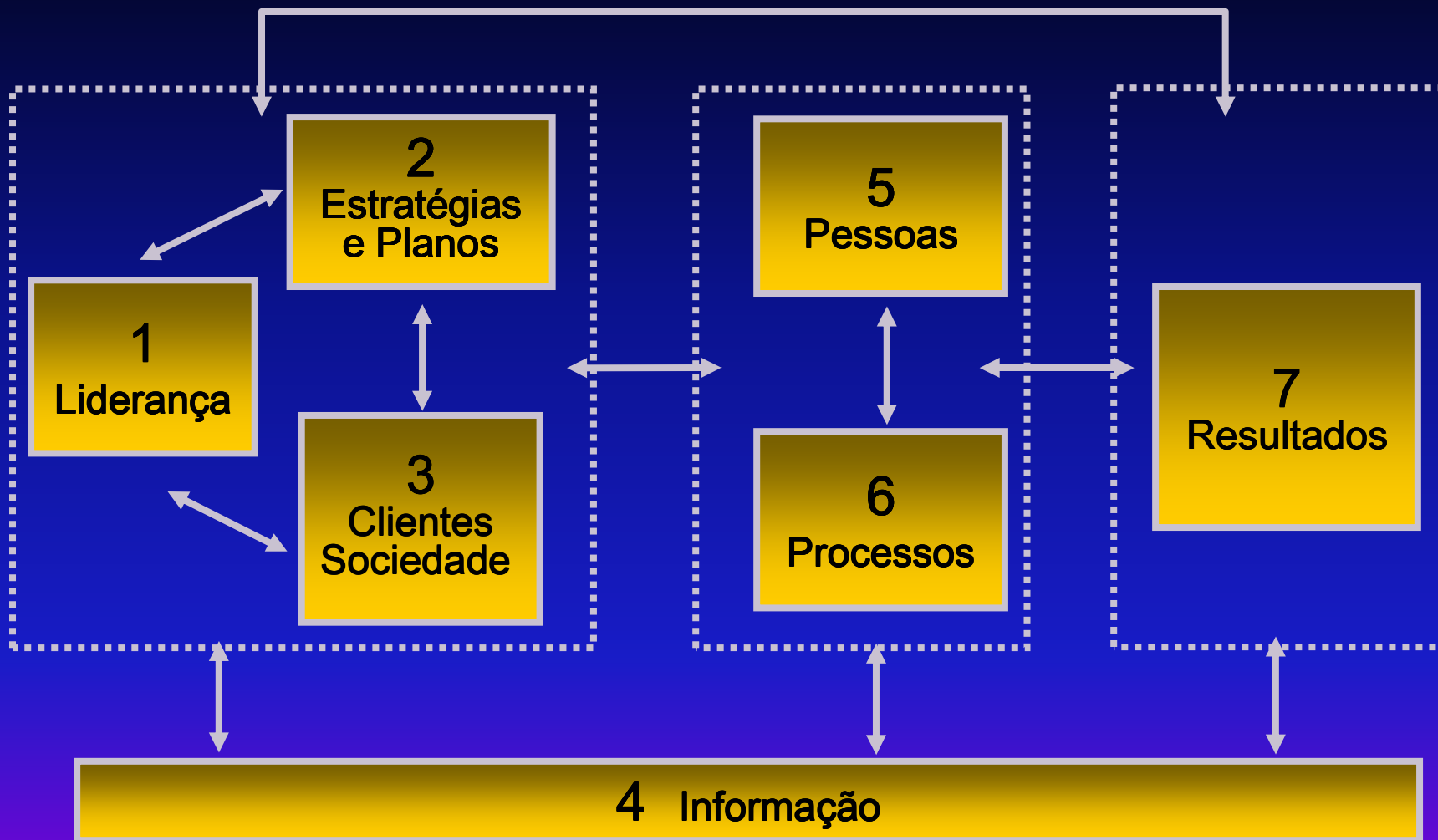
- ▣ ESTRUTURA
- ▣ PROCESSO
- ▣ RESULTADO





Os sete pilares de Donabedian

- ❑ **Eficiência** – Relação entre os resultados e os recursos empregados.
- ❑ **Eficácia** – Grau de alcance das metas programadas em um determinado período de tempo.
- ❑ **Efetividade** – Relação entre os resultados (impactos observados) e os objetivos (impactos esperados).
- ❑ **Otimização** – É o balanço mais vantajoso entre custo e benefício
- ❑ **Aceitabilidade** – Adaptação da Atenção em saúde aos desejos, expectativas e valores do Cidadão.
- ❑ **Legitimidade** – Aceitabilidade da Atenção em saúde pela Sociedade.
- ❑ **Equidade** – Justiça na distribuição da Atenção em saúde legitimada pela Sociedade.



Indicadores

Sistemas de
Informação

Registros e
prontuário

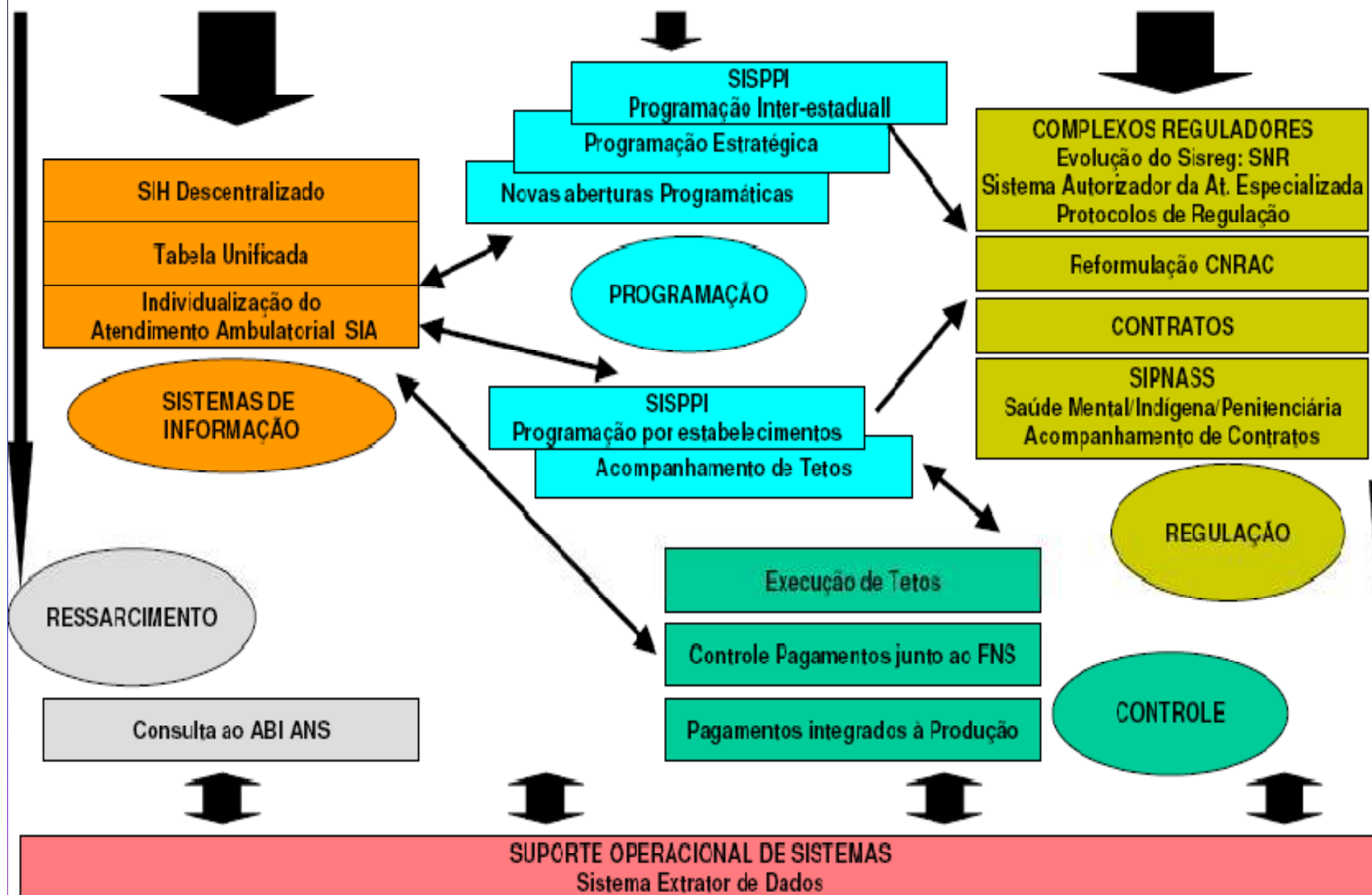
Parâmetros de
Assistência
(PT 1101/00)

Nomenclatura e
Censo Hospitalar
(PT 312 de 30-04-
02)

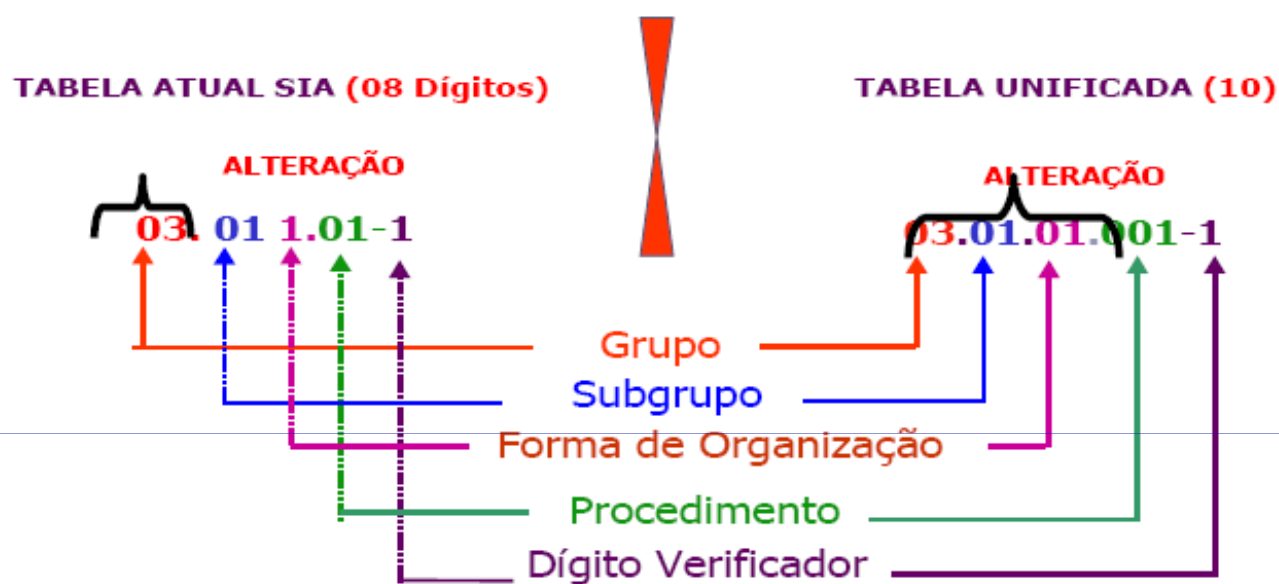
Diretrizes
assistenciais



Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde V 2.0



Nova estruturação do código de procedimentos



Para exemplificar a nova apresentação da Tabela Unificada, com um Número de Procedimento, temos:

- 03 01 06 001 – X, Parto Normal
- 03: Grupo 3: Procedimento Clínico
- 01: Subgrupo 01: Consulta/Atendimento
- 06: Forma de Organização: Parto
- 001: Procedimento: Número sequencial
- X: Dígito Verificador

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA PRODUÇÃO

▣ Sistema de Informação Ambulatorial - SIA

FPO - Ficha de programação orçamentária

BPA - Boletim de produção individual

BPAI - Boletim de produção ambulatorial individualizado

APAC - Autorização de produção de alta complexidade -
laudo de solicitação

Sistema de Informação Ambulatorial - SIH

AIH - Autorização de internação hospitalar - laudo de
solicitação

SISAIH01 - Sistema de entrada de dados da "conta"

SIHD - Sistema de processamento e gerenciamento da AIH

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DA PRODUÇÃO

▣ Sistema de Informação Ambulatorial – SIA

FPO – Ficha de programação orçamentária

BPA – Boletim de produção individual

BPAI – Boletim de produção ambulatorial individualizado

APAC – Autorização de produção de alta complexidade –
laudo de solicitação

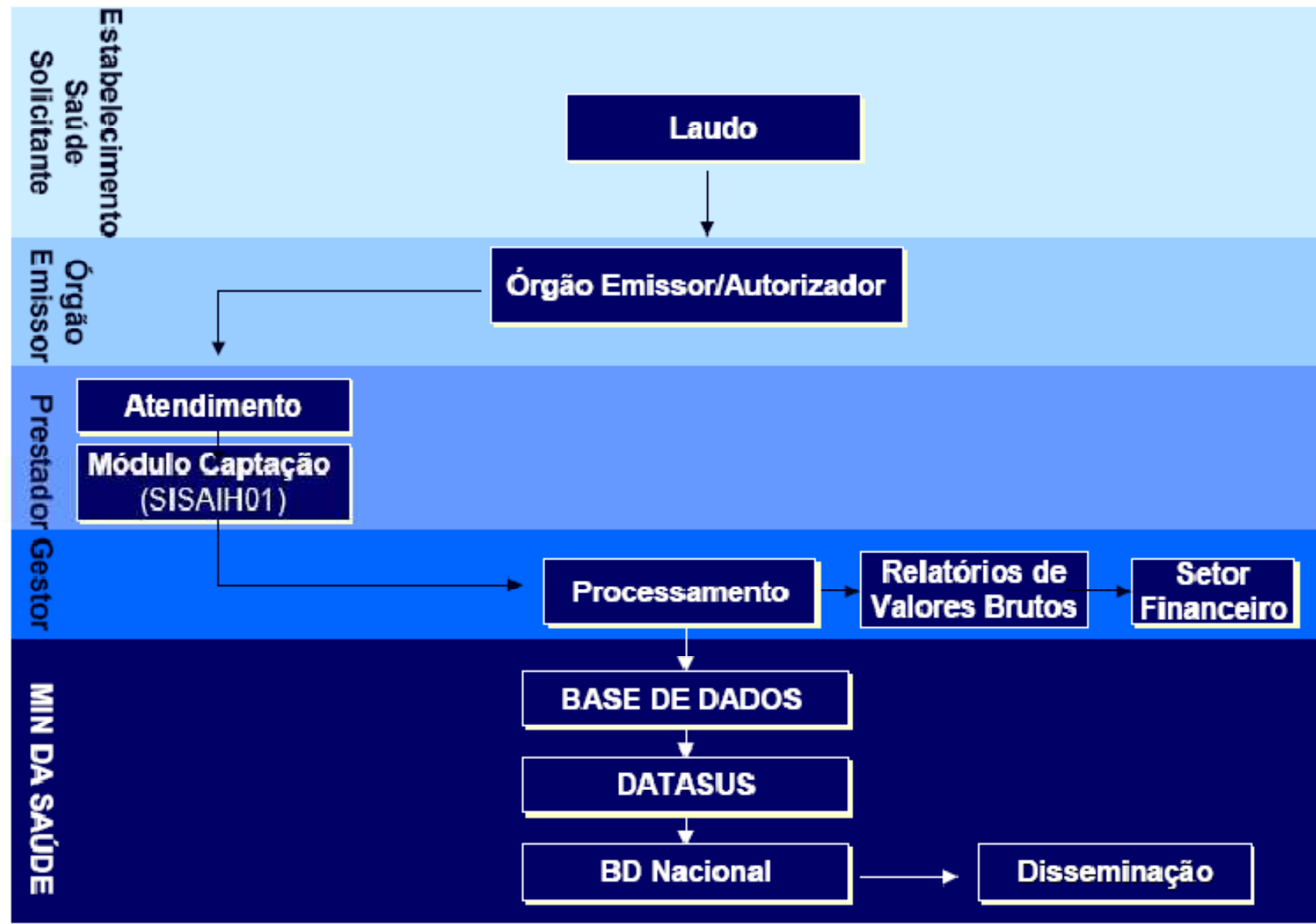
Sistema de Informação Ambulatorial – SIH

AIH – Autorização de internação hospitalar – laudo de
solicitação

SISAIH01 – Sistema de entrada de dados da “conta”

SIHD – Sistema de processamento e gerenciamento da AIH

Fluxo do SIHD



TabUnif

Tabela Unificada© 2005 - Cadastro de Atributos

Código: 1399 Nome: PARTO NORMAL

Grupo: 03 PROCEDIMENTOS CLINICOS

Sub-Grupo: 01 CONSULTAS / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS

Forma de Org: 06 PARTO E NASCIMENTO

Mod. Atendimento: 4- A/I Qtde Máxima: 0 Dias Permanência: 2

Complexidade: AB - ATENCAO BASICA Sexo: F

Qtd Pontos: 571 Nº Port. Inicial: Dt. Vig. Inicial: / /

Nº Port. Final: Dt. Vig. Final: / / Idade Mínima: 10

Idade Máxima: 60 Permanência à maior: SIM Anestesia: 1- NAO

Tipo Financiamento: MAC - MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Exige Autorização: 3- SIM; COM EMISSÃO DE AIH Especial Adm Trat Continuado

Valor SA: R\$ 0,00 Valor SH: R\$ 186,05 Valor SP: R\$ 125,84

Valor SADT: R\$ 5,50 VL. TOTAL AMB.: R\$ 0,00 VL. TOTAL INT.: R\$ 317,39

CID	CBO	OPM	Local de Atendimento	Serviço/Classificação	Habilitação
Nível de Hierarquia	Especialidade do Leito	Tipo de Prestador	Incremento	Código de Origem	
<input type="text"/> <input checked="" type="radio"/> Código <input type="radio"/> Descrição					
0301			Centros/nucleos para realizaca	1401	Referencia hospitalar em at
0302			Diagnostico, tratamento e reat	1404	Hospital amigo da crianca
0303			Diagnostico, tratamento e reat	1402	Referencia hospitalar em at
0400			Atencao a saude bucal		
0401			Centro de tratamento da ma fo		
0402			Laboratorio regional de protes		

Novo - F12

Editar - F2

Salvar - F4

Cancelar - F8

Excluir - F7

Localizar - F8

Sair - Esc



Executa Tabulação - Abre arquivo de definição

Arquivos de definição:

- CAD_SIA.DEF
- CAD_SIH.DEF
- POP.DEF
- POP_98.DEF
- PRD.DEF
- PROC_ESP.DEF
- RES.DEF
- SGAIH.DEF
- SIA_MS.DEF**
- SIM_96.DEF
- SIM_9798.DEF

Diretórios:

- H:\
- BDADOS**
- CADASTRO
- CAPSI
- CNV
- eliana
- fita

Drives:

h: \\wlogin\sisistemas

GTNAC Banco de Dados do SIA

Abre DEF Cancela

Prontuário

“Uma segurança para os médicos cultos e conscienciosos, uma ameaça constante para os audazes sem escrúpulos, os ignorantes incorrigíveis e ao mesmo tempo uma barreira intransponível contra as reclamações e os caprichos dos clientes descontentes”
(LACASSAGNE)



- **PRONTUÁRIO DO PACIENTE**
 - **Obra de diversos autores**
- **Elaborado pelos profissionais de saúde**
 - **Diz respeito ao paciente revelando sua intimidade**
- **Fica sob guarda da instituição**

Resolução CFM 1614/01

- Art. 7º - O médico, na função de auditor, tem o direito de acessar, *in loco*, toda a documentação necessária, sendo-lhe vedada a retirada dos prontuários ou cópias da instituição, podendo, se necessário, examinar o paciente, desde que devidamente autorizado pelo mesmo, quando possível, ou por seu representante legal.
- Parágrafo 1º - Havendo identificação de indícios de irregularidades no atendimento do paciente, cuja comprovação necessite de análise do prontuário médico, é permitida a retirada de cópias exclusivamente para fins de instrução da auditoria.

AUDITORIA EM SAÚDE AUDITORIA DE QUALIDADE

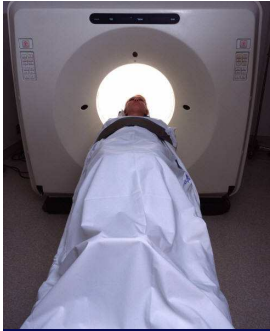
“ Uma avaliação planejada, independente e documentada, que se utiliza do método de coleta de informação, baseada em evidências objetivas e imparciais para determinar se as exigências acordadas estão sendo feitas e fornece subsídios para a verificação da eficácia do Sistema”.



Auditoria Médica



O conceito de auditoria (audit) proposto por Lambeck em 1956 tem como premissa a “avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente”.



Auditoria - serviços de saúde

- ▣ **Análise das solicitações e autorizações e Revisão de contas**
- ▣ **Estabelecimento de protocolos e pacotes e Padronização de materiais**
- ▣ **Auditoria analítica - Monitoramento de Indicadores - Acompanhamento da ocupação, permanência, infecção hospitalar, altas a pedido e mortalidade e Auditoria Operativa - Prontuários e pacientes**
- ▣ **Monitorar registros, compatibilidades de cobranças, usos de serviços e materiais, glosas e impugnações**
- ▣ **Verificar a qualidade da prestação dos serviços de saúde e monitorar a qualidade dos procedimentos**
- ▣ **Análise de contratos, custos e metas**



AUDITORIA COM FOCO NAS LINHAS DE CUIDADO

- ▣ Óbitos
- ▣ Causas sensíveis a atenção básica
- ▣ Gestão de casos
- ▣ Metas contratuais
- ▣ Cumprimento de protocolos
- ▣ Eficácia clínica
- ▣ Desempenho

Medicina Baseada em Evidências
Gestão em Saúde Baseada em Evidências
Auditoria em Saúde baseada em Evidências
Regulação em Saúde baseada em Evidências

- ▣ **Pesquisa**
- ▣ **Qual tratamento é melhor?**
- ▣ **Regulação**
- ▣ **Quais os melhores tratamentos que devem ser usados?**
- ▣ **Auditoria**
- ▣ **Estão usando os melhores tratamentos?**

AUDITORIA
EM SAÚDE BASEADA EM
EVIDÊNCIAS

AUDITORIA CLÍNICA
DO CUIDADO





What is clinical audit?

Sponsored by an educational grant from Aventis Pharma

Tracey Jones MSc
Clinical Audit and Effectiveness
Manager, North
Bristol NHS Trust

Simon Cawthorn
BSc MBBS MRCS
Consultant Surgical
Oncologist, North
Bristol NHS Trust

- Clinical audit is a quality improvement process that aims to improve patient care and outcomes by carrying out a systematic review and implementing change. Aspects of patient care – including structure, processes and outcomes – are selected and evaluated against explicit criteria and, where necessary, changes are implemented at an individual, team or service level. Further monitoring can then be used to confirm the improvements in healthcare delivery. This definition is endorsed by the National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Clinical audit provides the framework to improve the quality of patient care in a collaborative and systematic way, as outlined in current NHS policy statements.
- The report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984–1995 (2001) highlights the importance of clinical audit.
- Clinical governance presents a new challenge – to take audit 'at its best' and incorporate it within organisation-wide approaches to quality (see *What is clinical governance?*).
- Topics for audit projects should reflect national and/or local targets; for example, in cancer services, coronary care or mental health. Projects may also need to focus on the implementation of National Service Frameworks (NSFs), Health Improvement and Modernisation Plans (HIMPs) or NICE guidelines and appraisals.
- Clinical audit has a mixed history in the NHS. For it to become an important component in the management of health services, a change needs to take place in the standing of audit programmes. Audit can no longer be seen as a fringe activity for enthusiasts within clinical governance. Instead, the NHS needs to make a commitment to support audit as a mainstream activity.
- Clinical audit, when it is conducted well, provides a way in which the quality of care can be reviewed objectively, within an approach which is supportive and developmental.

MEJORA DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

MEDIANTE LA

AUDITORÍA BASADA EN CRITERIOS

Coautores:

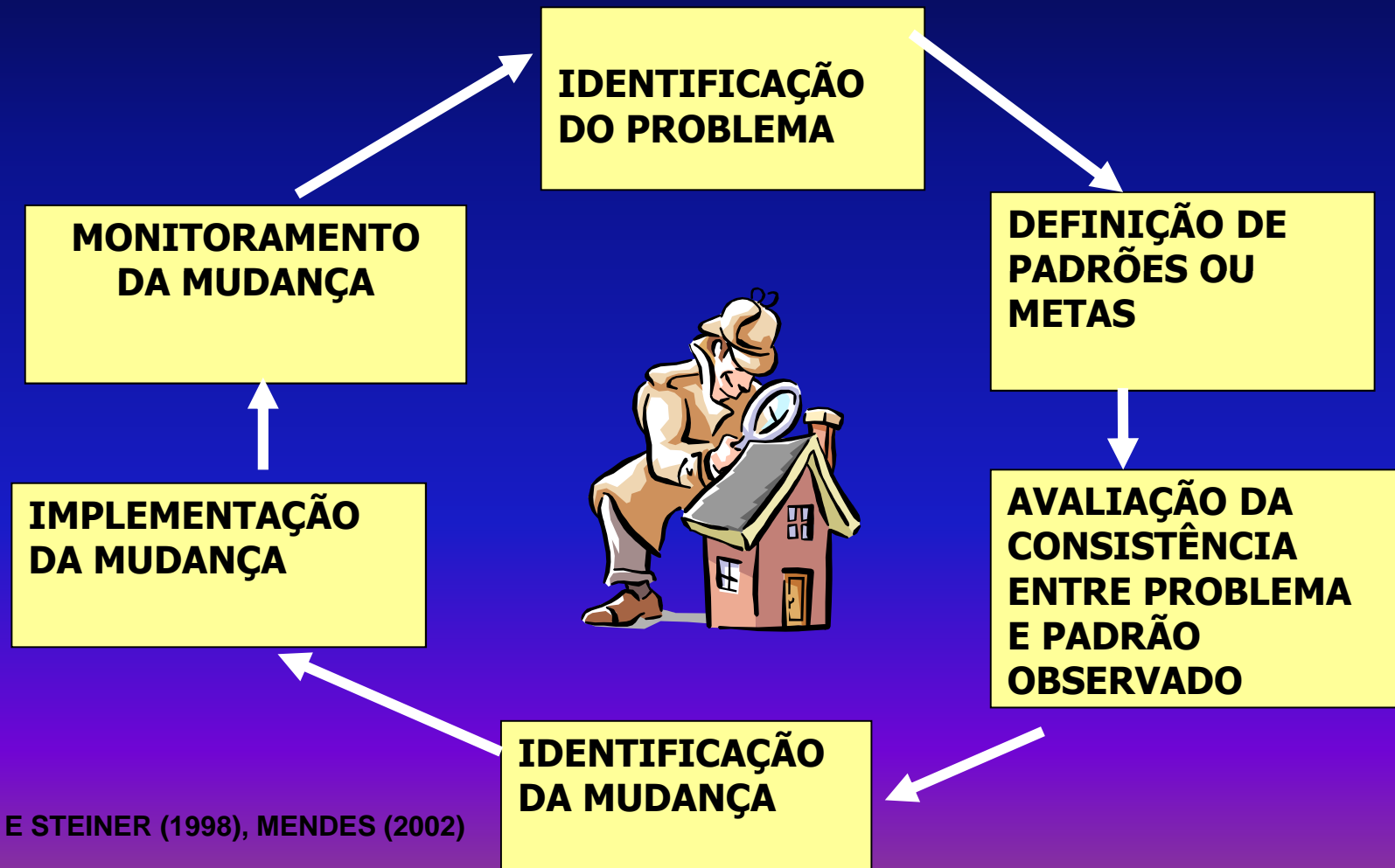
Patricia Bailey
Judith Furney
Lynn Freedman
Elizabeth Goodburn
Barbara Kwast
Dileep Mavalankar
Bridget Money Penny

Auditoria Clínica

- ▣ ANÁLISE CRÍTICA SISTEMÁTICA DA QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE, INCLUINDO OS PROCEDIMENTOS USADOS PARA O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO, O USO DOS RECURSOS E OS RESULTADOS PARA OS PACIENTES



O CICLO DA AUDITORIA CLÍNICA



•ROBINSON E STEINER (1998), MENDES (2002)

Auditoria Assistencial ou Clínica (PACTO)

Processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados.

Auditorias de Sistemas Descentralizados (Pacto)

- ▣ **ESTADO:** Avaliar e auditar os Sistemas Municipais de Saúde;
- ▣ **UNIÃO:** Avaliar e auditar os Sistemas Estaduais e Municipais de Saúde.

**AVALIAÇÃO DE
DESEMPENHO
DO SISTEMA**

**AUDITORIA
OPERACIONAL
DAS POLÍTICAS
PUBLICAS**



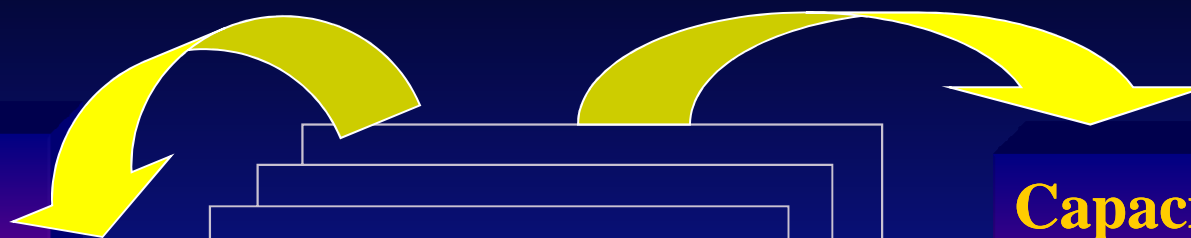
**Aplicação,
avaliação e
controle
dos
recursos da
saúde**

**SNA
cabe verificar**

**Capacidade
gerencial e
operacional
das estruturas
destinadas as
ações e serviços
de saúde**

**Cumprimento
dos planos e
programas de
saúde**

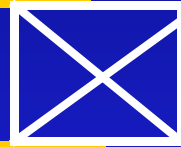
**Execução das
ações e serviços
de saúde do SUS**



AUDITORIA DO SUS

ATENÇÃO

GESTÃO



QUALIDADE

RECURSOS

**CONTAS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES,
DENÚNCIAS, SOLICITAÇÕES, DETERMINAÇÃO DO GESTOR**
Auditorias Ordinárias e Auditorias especiais



- Capilaridade Horizontal e Vertical
 - Equipe Multiprofissional
 - Formação
 - Ética
 - Perfil e Isonomia
 - Disponibilidade e Comprometimento
 - Carreira Pública

**QUAIS AS CARACTERÍSTICAS
DE UM BOM AUDITOR DO
SUS?**

“Por que tenho medo de ser auditado?”



Adaptado do livro: Modern Internal Auditing: What's it all about? The Grandfather's Dialogue, de Lawrence B. Sawyer (1974)

Tenho me questionado muito sobre porque as pessoas não gostam de auditoria. Embora eu acredite que ninguém goste de ser fiscalizado, não consigo entender como as pessoas criam estereótipos tão fortes que se perpetuam pelos tempos. Por mais que tentemos nos mostrar como “consultores” ou que realizemos um trabalho para auxiliar a administração no desenvolvimento de suas atribuições, sempre somos vistos com rejeição. Se observarmos bem, vamos ver que nós, auditores, também alimentamos nosso ego com o medo que as pessoas têm do nosso trabalho. Medo e poder andam lado a lado; se temos medo de alguém é porque ele exerce certo poder sobre nós. Assim, muitos auditores preferem criar o temor para que seu poder seja exercido.

Muitas vezes o auditor não percebe que está criando esse clima de medo e, talvez em função da carga de trabalho que tem, não lhe sobre tempo para trabalhar suas relações com as pessoas [...].

Vamos imaginar que você foi contratado para executar uma tarefa, mas existe uma pessoa que

tem a função de avaliar sua atuação e confeccionar um relatório para seu chefe sobre essa atuação. O que você pensaria sobre aquela pessoa? Provavelmente, a palavra mais adequada que você acharia para classificá-lo seria a de dedo-duro.

Com o auditor ocorre o mesmo. A cada auditoria ele tem que enfrentar um conjunto de regras novas, fazer perguntas e obter cooperação para conseguir realizar o seu trabalho. Ele nunca conseguirá realizar um bom trabalho se não conseguir a cooperação das pessoas. Alguns auditores têm a noção clara de como as pessoas são importantes para a realização do seu trabalho; outros podem sair dando pontapés e assustá-las. Mesmo conseguindo superar essa postura, alguns auditores não sabem como lidar com pessoas. Existem auditores muito bem-intencionados, mas poucos são os que conhecem a arte de conquistar pessoas que possam ajudá-los em seu trabalho.

Existe um provérbio indígena que diz: "Não julgues um homem até que tenhas calçado por um dia seus mocassins". Isso significa que você deveria tentar se pôr no lugar do outro para que possa realmente entendê-lo ou tenha o direito de criticá-lo.

[...]

Outro problema é a postura do auditor frente aos achados de auditoria. Alguns auditores quando encontram ou ouvem sobre alguma coisa que está sendo executada de modo errado, o fazem de forma a tornar público e expor os envolvidos ao ridículo. É preciso que eles entendam que estão tratando com pessoas e é importante orientá-las e não ridicularizá-las por suas falhas. Outro erro é a questão da relevância. Muitas vezes detectamos pequenos erros e fazemos grande alarde sobre eles. "Também erramos quando tentamos mostrar para as pessoas que somos mais

inteligentes do que elas, usando nosso conhecimento para que se sintam estúpidas.

[...]

Os erros só são importantes se eles estiverem inseridos no contexto total do sistema. O que você precisa é que o auditado lhe explique como funciona o sistema, o que atrapalha o seu trabalho, etc. Esteja certo de que com essa abordagem as pessoas vão ajudá-lo no desenvolvimento de seu trabalho. Essas pessoas, junto com você, estarão jogando no mesmo time.

[...]

Para que conquistemos a confiança das pessoas, temos que informar-lhes que discutiremos com elas, imediatamente, todos os problemas encontrados. Que ela terá a oportunidade de regularizar qualquer falha antes da emissão do relatório final; ou que as falhas que não possam ser regularizadas no transcurso dos trabalhos serão informadas à administração superior como em fase de regularização. Com isto você estará criando uma parceria e não um jogo de polícia e ladrão. Não fale apenas das coisas erradas que você encontrou, fale também das coisas boas, pois é impossível que não existam virtudes nos ambientes que você está auditando. Outro erro que o auditor comete é achar que as pessoas só gostam de ouvir coisas boas. Pode parecer estranho, mas eu explico. Isto ocorre quando você termina um trabalho de auditoria e não encontra nada, ou apresenta falhas irrelevantes, quando todos sabem que existem falhas interferindo em seu trabalho e que não foram detectadas pelo auditor. É a mesma coisa que você receber um prêmio ou elogio por uma tarefa ridícula que você cumpriu com extrema facilidade.

Também existe a postura de controle, autoritária, que tenta influenciar alguém ou pedir-lhe abertamente que ele faça aquilo que você está mandando. Pelo lado encorajador você constrói a solução junto com a pessoa, ambos são responsáveis. Significa que as perguntas e respostas estão sendo construídas em conjunto, formando uma parceria para resolver problemas. Você também não deve se sentir em inferioridade quando as pessoas apresentam alternativas de solução diferentes das suas. Entenda que você pode não ter analisado todas as possíveis soluções.

Você não é infalível, reconheça seus erros e – mais importante – reconheça ideias melhores que as suas. As pessoas só conseguirão gostar dos auditores quando elas entenderem que fazem parte de um sistema, dentro do qual elas também contribuem para atingir resultados positivos ou negativos. Elas participam dos resultados do trabalho de auditoria.

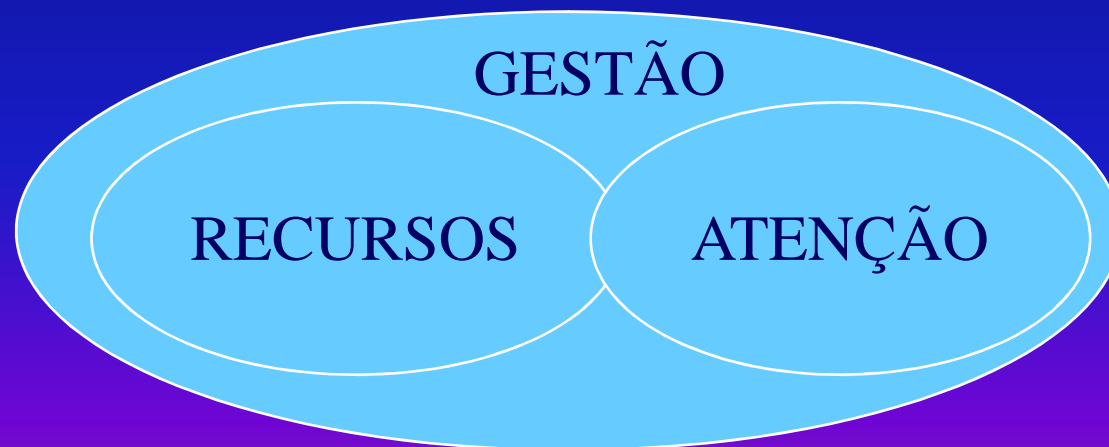
[...]

O auditor tem dois objetivos a serem atingidos: primeiro, relatar à administração superior todos os seus achados. Segundo: deixar todo o lugar que ele audita, melhor do que encontrou.

**QUAIS OS TIPOS DE
AUDITORIA NO SUS?**

ORDINÁRIAS, DE ROTINA OU PROGRAMADAS
Priorizadas por risco de gestão com cronograma anual

DE URGÊNCIA, EXTRAORDINÁRIAS, DE DENÚNCIA
Priorizadas por risco de gestão com cronograma anual



PRÉ

**CONTRATO
CADASTRAMENTO/
CREDENCIAMENTO**

PER

REGULAÇÃO ACESSO/AUTORIZAÇÃO

PRODUÇÃO/PROCESSAMENTO/CONTROLE

MONITORAMENTO DOS SI

PÓS

**AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS E DOS SISTEMAS**

**AUDITORIA DOS
SERVIÇOS E DOS SISTEMAS**

SUPERVISÃO

AUTORIZAÇÃO

REVISÃO

PAGAMENTO

**ANALÍTICA
OPERATIVA**

**PROGRAMADA
DENÚNCIA**

**RECURSOS
ATENÇÃO**

CLASSIFICAÇÃO DAS AUDITORIAS

As auditorias podem ser classificadas de acordo com os seguintes aspectos:

1. De acordo com o TIPO DE AUDITORIA.
2. De acordo com a NATUREZA DA AUDITORIA.
3. De acordo com a FORMA DA AUDITORIA.

1. **Tipo de Auditorias**

- Auditoria de Sistemas de Saúde (Gestão);
- Auditoria de Serviços e Ações de Saúde (Atenção);
- Auditoria de recursos financeiros e de qualidade são transversais a qualquer tipo de auditoria.

2. **Natureza das Auditorias**

- 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.

3. **Forma da Auditoria**

- **Direta** – ação realizada com a participação de técnicos de apenas um dos componentes do SNA.
- **Integrada** – ação realizada com a participação de técnicos de mais de um dos componentes do SNA. Ex.: Auditoria realizada por técnicos dos componentes federal e estadual, estadual e municipal e ainda federal e municipal.
- **Compartilhada** – ação realizada com a participação de técnicos do SNA, junto com os demais técnicos de outras instituições de controle (TCU, CGU).





"O Município de Recaminho"

"Estamos num município brasileiro de aproximadamente 100 mil habitantes, Recaminho, onde mora D.Maria. Não há uma organização dos serviços de saúde focada no cidadão e seus serviços de controle, avaliação, regulação e auditoria são incipientes. O acesso à maioria dos serviços públicos de saúde é difícil e há certos privilégios para quem é oriundo da rede privada.

No último ano o município aplicou 18,97% do orçamento municipal na área. A estratégia de Saúde da Família, nos últimos cinco anos, passou de 4,6% para 63,8% de cobertura da população, principalmente na periferia. A área central, que contava com maior número de unidades básicas de saúde, mantém-se no modelo tradicional de atenção básica. Os estabelecimentos de saúde são: oito centros de saúde, com 18 equipes de Saúde da Família; três ambulatórios de especialidades (uma policlínica, um CAPS – Centro de Atenção Psicossocial e um ambulatório hospitalar geral), quatro serviços de diagnóstico e terapia, um pronto-socorro municipal e um hospital filantrópico, com leitos nas clínicas básicas e de UTI.

O Conselho de Saúde reúne-se mensalmente, existe plano de saúde, todavia há quatro anos não é realizada a Conferência Municipal de Saúde. Os representantes dos usuários dos sindicatos e ONG são genuínos, porém os três representantes da Sociedade Amigos do Bairro são indicações do Prefeito e também são os contratantes dos Agentes Comunitários de Saúde. O Prefeito reclama que não tem mais orçamento e cobra do secretário de saúde uma solução.

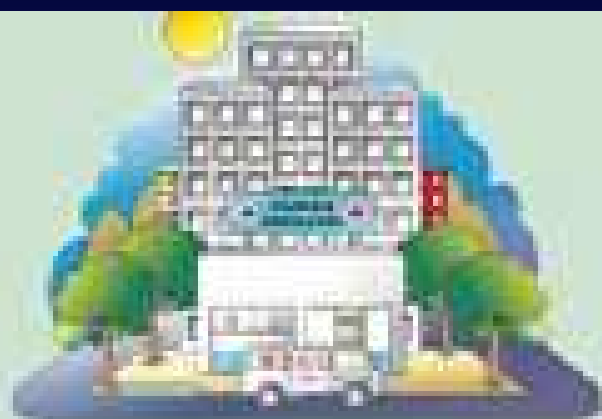
A cobertura de consultas básicas está abaixo dos parâmetros, conforme a Portaria GM/MS 1101/2002. Há uma inversão na concentração das consultas especializadas em relação às das clínicas básicas, apresentando uma produção acima do programado para as consultas de cardiologia. As gestantes da cidade precisam ir ao município vizinho para realizar o parto porque na Santa Casa o teto de cesáreas "extrapola" frequentemente antes do final do mês. A UTI Neonatal não foi credenciada ainda. Devido a grande demanda para a Cardiologia, o município contratou para o ambulatório de especialidades mais cinco especialistas. Todavia, após um mês de trabalho, a lista estava novamente em seis meses para consulta cardiológica.

A fila de espera para cirurgia eletiva é de até dois anos. O número de especialistas contratados para estas áreas é suficiente. No entanto, quanto mais atendem, mais aumenta a fila, e o teto financeiro da Santa Casa está estourado.

Os casos que requerem Ressonância Magnética e Hemodinâmica Digital são realizados em outro município com contrato do prestador acima da tabela SUS. O município não recebe mais solicitações para esses exames, a não ser que o solicitante complemente o custo (sobre preço) do serviço contratado. Programou 17 hemodinâmicas/ano, baseado na série histórica do total de suas consultas, porém, ao aumentar a quantidade de consultas cardiológicas, "estourou" sua programação na referência.

Apresenta, segundo dados do IBGE, 86,4% da população alfabetizada; 86% da população estão cobertos por rede de água, 74% por rede de esgoto e 80,5% do lixo são coletados. Apresentou no último ano, como principais causas de morte as Doenças do Aparelho Circulatório, as Causas Externas e as Neoplasias e apresenta uma Mortalidade Infantil de 23,3 óbitos por mil nascidos vivos.

A população usuária de planos privados de saúde é de 25% do total.



"A Santa Casa de Recaminho"

Na Santa Casa de Recaminho, verificamos que é comum a fila para a realização de procedimentos cirúrgicos eletivos, cuja execução está sob o gerenciamento dos médicos especialistas do hospital. Esse estabelecimento recebe as solicitações através da procura direta dos usuários e acaba atendendo a quase totalidade da demanda,

independentemente da programação e da regionalização estabelecida entre os gestores, principalmente quando existe algum tipo de interesse dos seus profissionais, acreditando que poderão faturar e receber pelas intervenções realizadas.

Porém, a Santa Casa vem sofrendo 'cortes' quando da apresentação do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais) e do SIH (Sistema de Informações Hospitalares). A ficha de programação orçamentária – FPO – não é atualizada desde que o município assumiu a gestão. Eventuais melhorias na organização da atenção do sistema municipal de saúde, especialmente na atenção básica, preocupam a direção do hospital, pois promovem a redução das internações hospitalares.

Os prontuários da Santa Casa de Recaminho são incompletos e mal preenchidos, além de não contar com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME, para o seu arquivamento adequado. São comuns os “bilhetes” para os médicos lembrando-os de completar o seu preenchimento e “esticar” a data da alta. A pessoa encarregada da codificação não tem formação específica para tal e vem tentando registrar os procedimentos similares mais bem remunerados pela tabela nacional do SUS. São muitas as AIHs rejeitadas pelo sistema, o que compromete o faturamento do prestador. Existem, ainda, resistências para efetuar o preenchimento correto dos instrumentos de coleta dos dados para o sistema de informação. O profissional encarregado do faturamento leva os laudos ao consultório do médico autorizador, um cirurgião antigo que trabalha no hospital e na Secretaria Municipal de Saúde.

A Instituição não permite que os prontuários sejam verificados ou copiados, nem mesmo pelos pacientes para que os médicos não sejam prejudicados. O Hospital, às vezes, precisa cobrar dos pacientes, geralmente materiais e medicamentos, que nem sempre estão disponíveis na quantidade que seria necessária.

O gestor tem observado vários registros no SIA sem valor financeiro, ou situações incoerentes como o registro de procedimentos de administrações de medicamentos por paciente do grupo da atenção básica, registrados no atendimento de pronto-socorro. Os registros de consultas com observações são maiores do que os das consultas de urgência e emergência. São comuns prontuários com as seguintes anotações: evoluindo bem, sem queixas e prescrições discordantes com o diagnóstico do procedimento apontado na AIH. Os médicos se envolvem pouco nesse processo e, na última tentativa de inclui-los na construção de protocolos de regulação, ninguém compareceu à reunião agendada. São comuns, também, a apresentação de AIHs com procedimentos especiais não autorizados, com duplicidades indevidas e solicitações de autorização para permanência a menor.

Todos os problemas estão sendo verificados, pois no atual processo de contratualização serão revisados a FPO e os pactos de metas e estabelecido um plano operativo de comum acordo.



“O Caso de Dona Maria”

Dona Maria é a nossa personagem: mulher de 62 anos, seis filhos pequenos, moradora da periferia do município de Recamimho, atualmente desempregada. Assim como o marido, vive de blocos (lava roupa para fora). Foi ao Centro de Saúde Vila Nova, unidade mais próxima de sua casa, após ter sido alertada pelo marido que, na semana anterior, percebera um caroço na sua mama esquerda, ao acariciá-la. Nos quinze dias seguintes à descoberta do caroço, tentou, por duas vezes, agendar consulta com o médico. Não obtendo sucesso, foi orientada pela Agente Comunitária de Saúde a procurar a enfermeira Sandra.

A enfermeira disse que conversaria com o médico para um encaminhamento, e saiu com um pedido para marcar uma consulta com um ginecologista em outra unidade. Três semanas depois, conseguiu a consulta com o ginecologista, que a examinou e solicitou uma mamografia. Oito semanas depois, conseguiu fazer a mamografia no município de referência: Beira Mar. O ginecologista, no retorno marcado para cinco semanas após sair o resultado do exame (o que ocorreu em dois dias), pede a biópsia, que deveria ser marcada em uma policlínica.

Quatro semanas depois, ela foi submetida à biópsia; aguardou mais seis semanas para receber o resultado e teve de esperar outra semana para agendar o retorno com o ginecologista, que a encaminhou ao oncologista do Hospital do Município de Beira Mar, credenciado no SUS como Centro de Alto Custo em Oncologia (CACON).

Não tendo conseguido marcar a consulta, ela foi, com a cara e a coragem, ao Hospital e, após ter comovido uma auxiliar de enfermagem com sua história, conseguiu agendar uma consulta "extra". Foi examinada pelo oncologista, que disse que ela tinha demorado muito a procurar um médico, que deveria ter vindo mais cedo. Foram solicitados, além dos exames básicos, exames de alto custo: cintilografia óssea e tomografia computadorizada de abdome e pelve. Foi orientada que voltasse para marcar o retorno assim que tivesse os resultados em mãos. Só conseguiu agendar os exames de sangue e urina, para a radiografia de tórax esperou uma semana, e outras três, para a tomografia e a cintilografia. Esperou outra semana para agendar o retorno com o mesmo oncologista, que disse a ela que, por ter passado tanto tempo, o tumor encontrava-se em estadiamento localmente avançado (estadiamento III), e Dona Maria, por isso, precisaria de quimioterapia prévia. Recebeu, então, a quimioterapia prévia, observando-se regressão considerável do tumor, tratamento este que se perdeu, por não ter conseguido ser operada em tempo hábil (esperou mais de seis meses pela cirurgia, quando o recomendável seria entre 15 e 30 dias após o término da quimioterapia), e o tumor voltou a crescer e se tornou inoperável.

Então, foi indicado para Dona Maria ser submetida à radioterapia e, por ter mais de 50 anos, também à hormonioterapia, mesmo sem averiguar a dosagem dos receptores tumorais hormonais, podendo tomar esse tratamento ineficaz.

Dona Maria vê-se, em seis meses, com importante progressão tumoral, apresentando metástases ósseas e hepáticas. Por isso, precisa ser submetida à quimioterapia paliativa de 1ª linha e à radioterapia óssea. Em sequência, foi-lhe prescrito hormonioterapia paliativa de 2ª linha, também ineficazes. A doença de Dona Maria progride com metástases pulmonares, com o que passa a receber quimioterapia paliativa de 2ª linha, persistindo a progressão tumoral na vigência dessa. Então, Dona Maria é considerada fora das possibilidades terapêuticas oncológicas. É encaminhada, com plano de cuidados realizado pelo CACON de Beira Mar, para cuidados paliativos no Hospital de Recaminho, onde ficou internada em leito de clínica médica com falência de múltiplos órgãos, vindo a óbito em alguns dias.



Processo de trabalho em auditoria

- ▣ Planejamento
- ▣ Auditoria analítica
- ▣ Auditoria operativa
- ▣ Relatório

- ▣ FOCOS
- ▣ Ambulatorial
- ▣ Hospitalar



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?

Auditoria analítica

- ▣ é um conjunto de procedimentos especializados que consistem na análise de relatórios, processos e documentos, com a finalidade de subsidiar a verificação *in loco*, compondo o planejamento da auditoria operativa. Nessa fase do processo, utilizam-se dados extraídos dos Sistemas de Informações.

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.

Auditoria operativa

- ▣ é um conjunto de procedimentos especializados que consiste na verificação *in loco* do atendimento aos requisitos legais/normativos, que regulam os sistemas e atividades relativas à área da saúde, por meio do exame direto dos fatos, documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade, economicidade, legalidade, legitimidade, eficiência, eficácia e efetividade dos processos para alcançar os objetivos propostos.

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.

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.

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.

Evidências, constatações e fontes de evidência

- ▣ 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.

Tipos de evidências

- ▣ **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.**

Objetos de análise

- ▣ 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).

- ▣ 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.

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

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:

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).
- ▣ 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.

- ▣ 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 defesos notificados.

- ▣ 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).

- ▣ 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.

Ética
Acesso



Qualidade
Segurança

Sustentabilidade
Custo

“O desafio fundamental no sistema de saúde é como dar partida a um novo tipo de competição, com foco nos resultados, para melhorar a saúde e o atendimento aos usuários”

Michael Porter



DESAFIOS

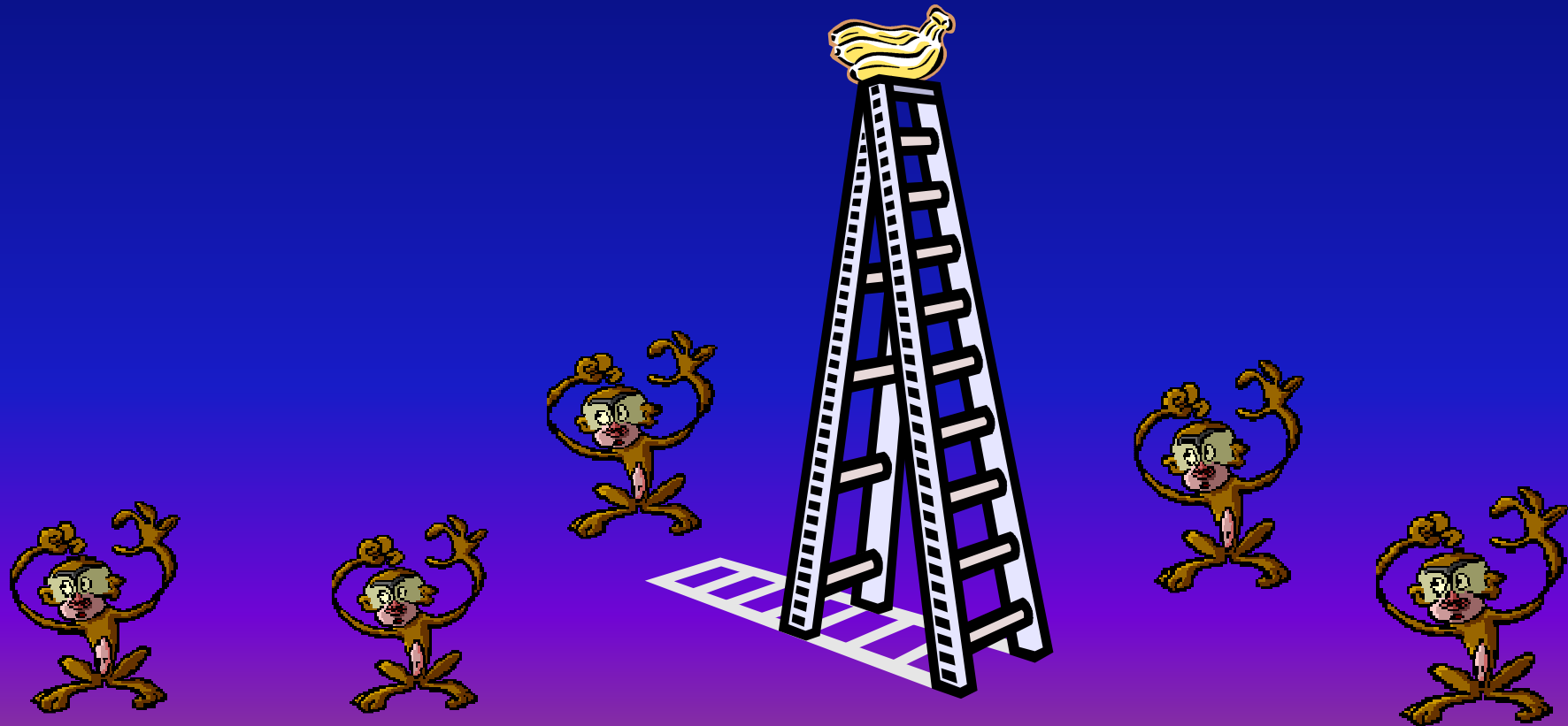
- **MÚLTIPLOS ATORES - MÚLTIPLOS INTERESSES**
- *Cada um dos atores (indústria de medicamentos e equipamentos, serviços de saúde, profissionais de saúde, operadoras/seguradoras, empresas que compram planos de saúde, governo e cidadão) tem **identidade, vontade e objetivos próprios**.*
- *Para mudar esta tendência suicida do perde-perde, é necessário **conhecimento, legitimidade e vontade**.*

- GONZALO VECINA NETO E ANA MARIA MALIK *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4):825-839, 2007

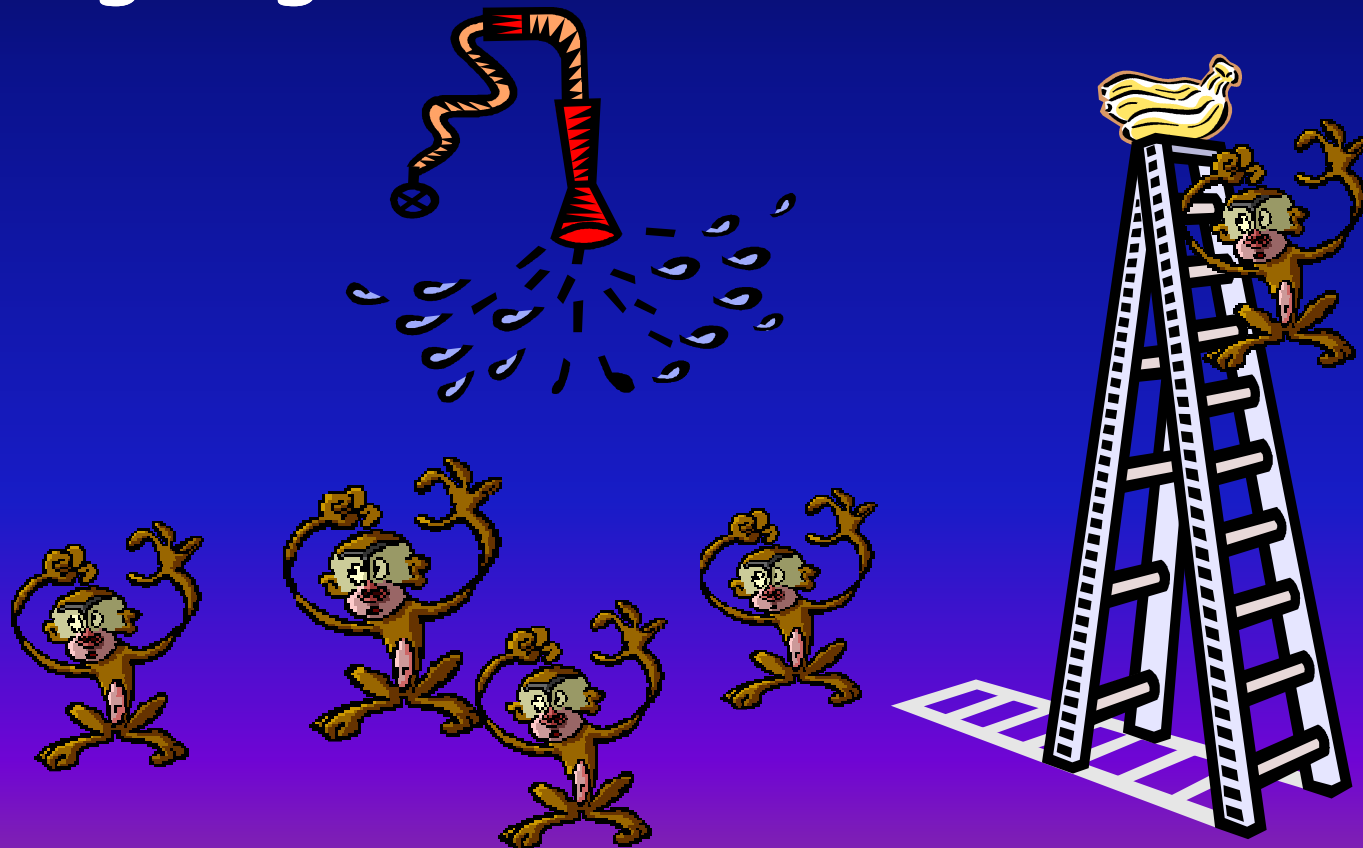
MUDANÇA DE PARADIGMA

Os macacos

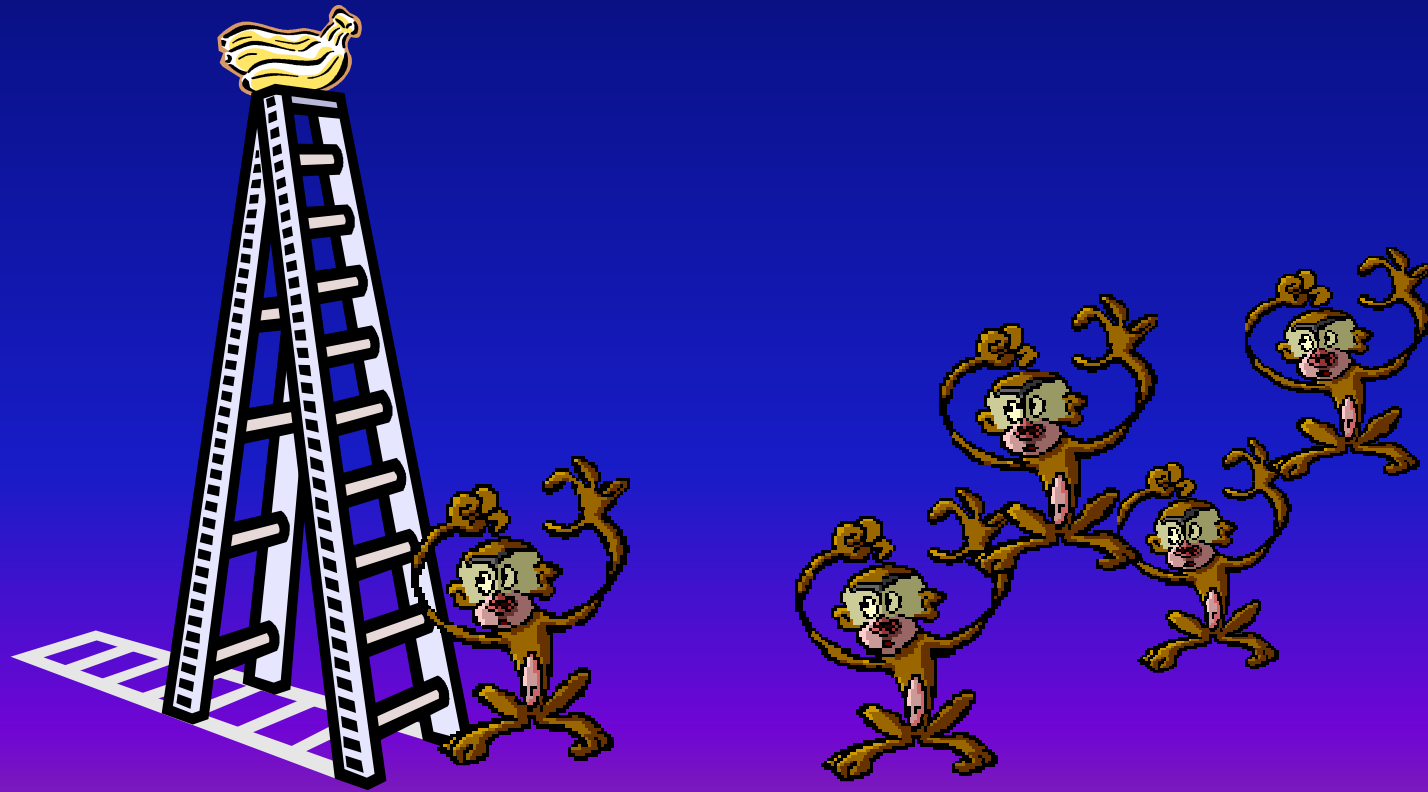
Um grupo de cientistas colocou cinco macacos em uma gaiola e, no meio desta, uma escada com bananas em cima.



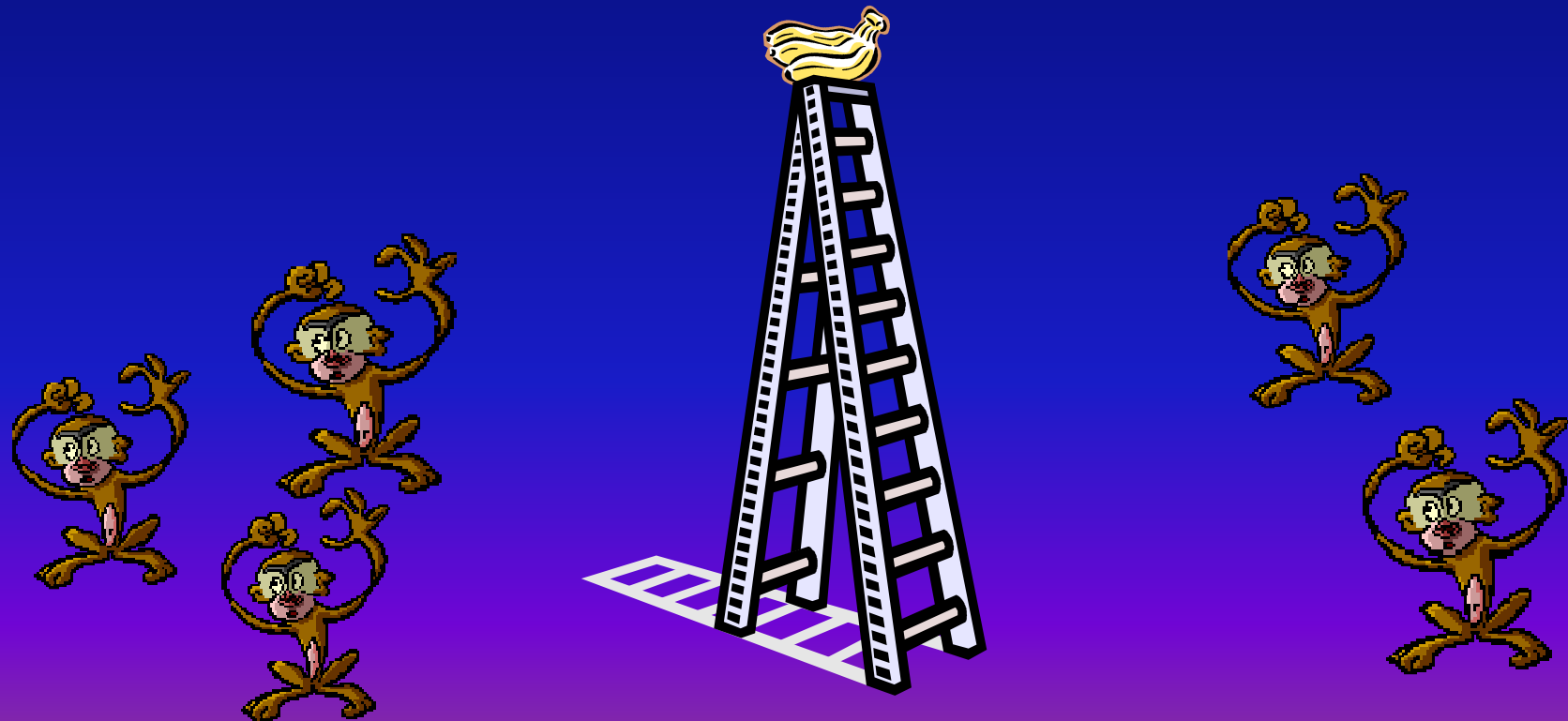
Toda vez que um dos macacos começava a subir a escada, um dispositivo automático fazia jorrar água gelada sobre os demais macacos.



Passado certo tempo, toda vez que qualquer dos macacos esboçava um início de subida na escada, os demais o espancavam (evitando assim a água gelada).



Obviamente, após certo tempo, nenhum dos macacos se arriscava a subir a escada, apesar da tentação.



Os cientistas decidiram então substituir um dos macacos. A primeira coisa que o macaco novo fez foi tentar subir na escada.

Imediatamente os demais começaram a espancá-lo.



Após várias surras o novo membro dessa comunidade aprendeu a não subir na escada, embora jamais soubesse por que.



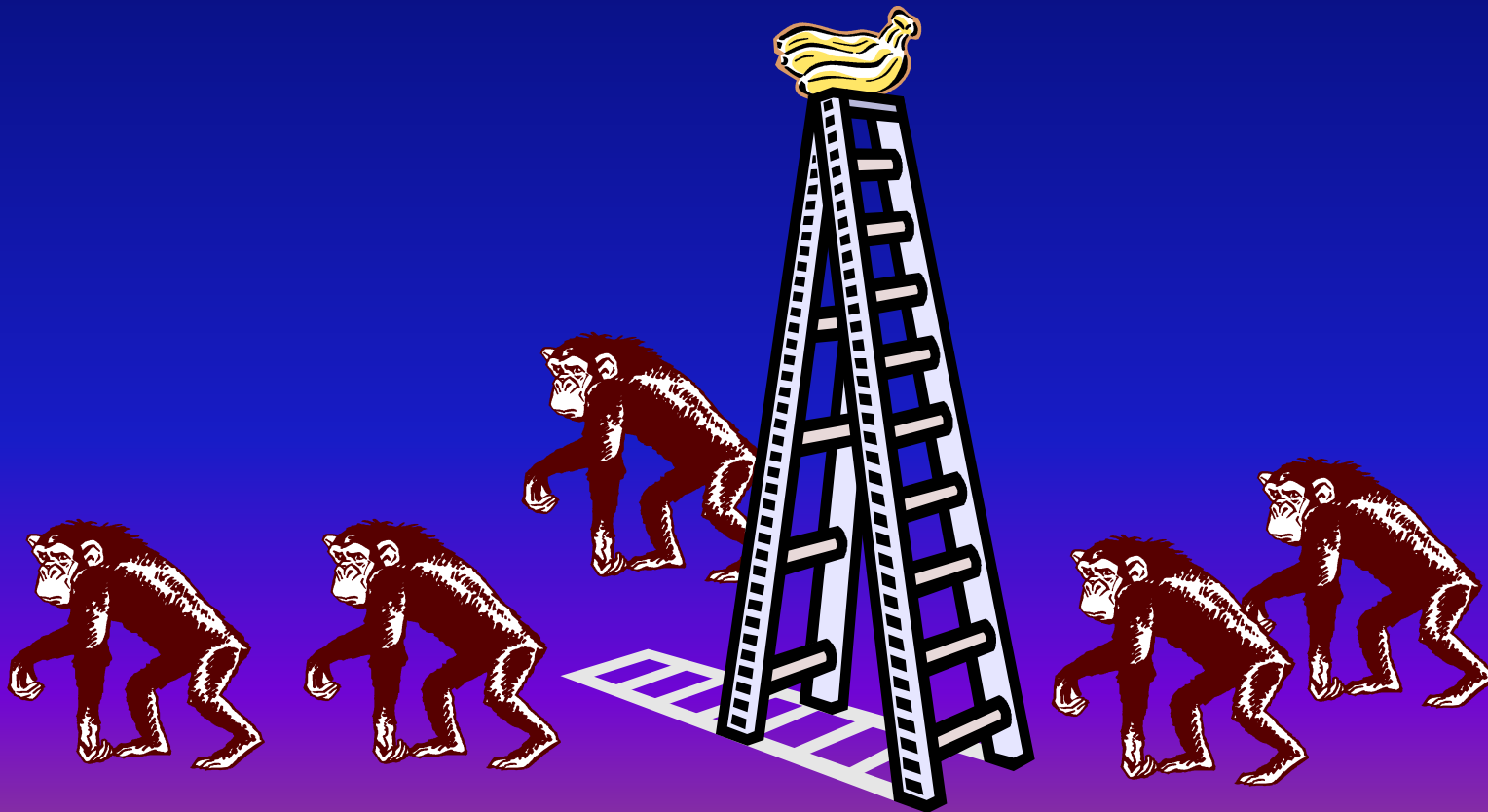
Um segundo macaco foi substituído e ocorreu com ele o mesmo que com o primeiro. O primeiro macaco que havia sido substituído participou, juntamente com os demais, do espancamento.



Um terceiro macaco foi trocado e o mesmo (espancamento, etc.) foi repetido. Um quarto e o quinto macaco foram trocados, um de cada vez, com intervalos adequados, repetindo-se os espancamentos dos novatos quando de suas tentativas para subir na escada.

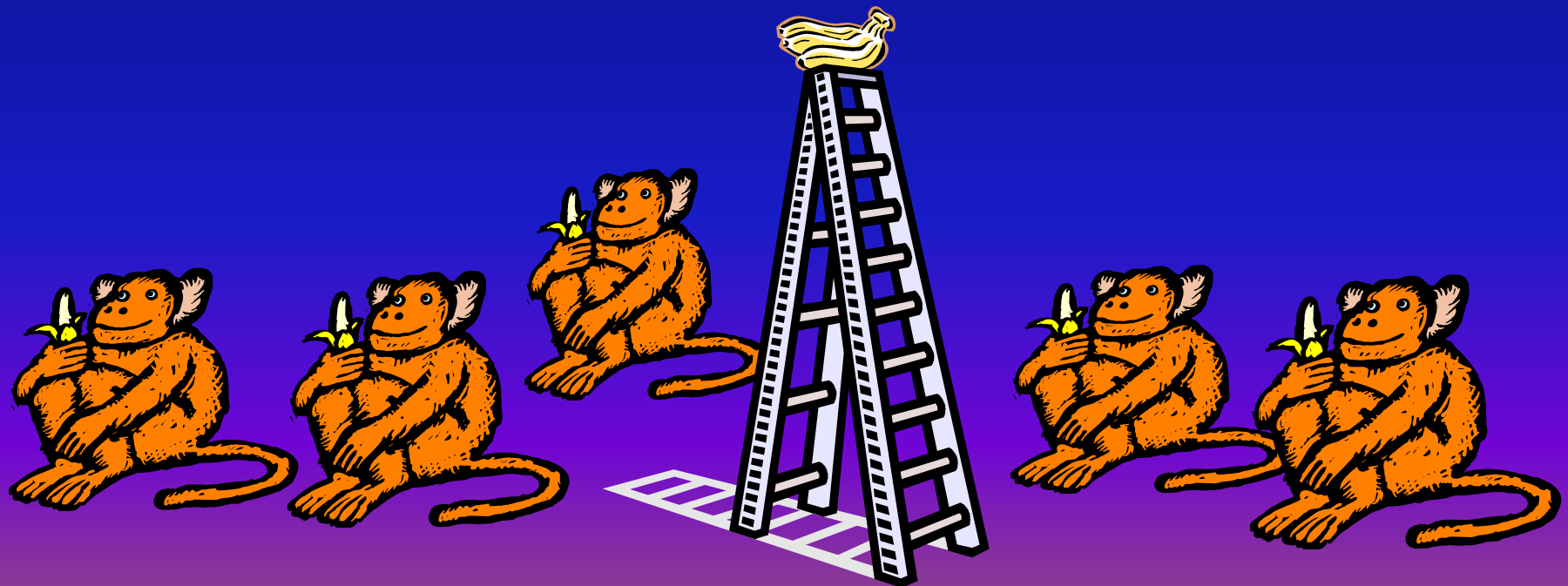



O que sobrou foi um grupo de cinco macacos que, embora nunca tenham recebido um chuveiro frio, continuavam a espancar todo macaco que tentasse subir na escada.



Se fosse possível conversar com os macacos e perguntar-lhes por que espancavam os que tentavam subir na escada ... Aposto que a resposta seria:

"Eu não sei - mas sempre foi assim!!"





- *“É fundamental enfrentar o desafio de qualificar o cuidado para fortalecer o SUS como uma política do estado brasileiro, pela melhoria da qualidade de vida, pela afirmação do direito à vida e à saúde e pela redução das desigualdades e barreiras de acesso”*

- *mariliacpl@gmail.com*