

**INSTITUTO LABORO- EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM
SAUDE**

ELAINE SORAYA COSTA CARVALHO

**O OLHAR DO AUDITOR PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA
ASSISTÊNCIA A SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS**

SÃO LUIS

2015

ELAINE SORAYA COSTA CARVALHO

**O OLHAR DO AUDITOR PARA A AVLIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA
A SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Auditoria, Planejamento e Gestão
em Saúde do Instituto Laboro – Excelência em
Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para
obtenção do título de Especialista em Auditoria,
Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Maria dos Remédios da Silva Lira

São Luís

2015

ELAINE SORAYA COSTA CARVALHO

**O OLHAR DO AUDITOR PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA ASSISTÊNCIA
À SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Auditoria, Planejamento e Gestão
em Saúde do Instituto Laboro – Excelência em
Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para
obtenção do título de Especialista em Auditoria,
Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Maria dos Remédios da Silva Lira

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Orientadora- Prof.^a Maria dos Remédios da Silva Lira

Mestre em Saúde da Família

Universidade Federal do Maranhão

1º Examinador

AGRADECIMENTOS

A Deus, por, mas uma etapa que consegui vencer pela sua graça e poder agindo na minha vida.

Aos meus pais, por toda educação e incentivo que sabiamente eles souberam me transmitir, para nunca eu desistir dos meus sonhos.

A Profª Maria dos Remédios Silva Lira, minha orientadora, que me apoiou na realização deste trabalho e pela confiança que ela depositou em mim.

RESUMO

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. Este trabalho por meio da revisão literária objetivou mostrar como 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.

Palavras – chave: Auditoria. Gestão. Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The process of changing audit practices in collective health perspective incorporates the evaluation of actions of promotion, prevention and assistance aiming at, especially the reduction of inequities, to guarantee the right to access and the efficiency of actions and services, which is measured by indicators of health and effectiveness of participation and social control, without prejudice to its other functions. This work by literary review aimed to show how the audit's commitment to the strengthening of management establishes itself in the guidance as to the efficient application of the health budget, which should reflect the improvement of epidemiological indicators and social welfare in the access and the humanization of the services.

Key words –: Audit. Management. Collective Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
JUSTIFICATIVA	10
OBJETIVOS	11
METODOLOGIA	12
DESENVOLVIMENTO	13
CONCLUSÃO	29
BIBLIOGRAFIA	30

INTRODUÇÃO

É constante a luta que se trava para melhoria dos serviços de saúde públicos oferecidos a população. O caminho para se alcançar a qualidade da assistência à saúde é cheio de obstáculos e dificuldades que serão vencidos com trabalho árduo e persistente na busca incessante por melhoria dos processos de atendimento e gestão. A Constituição Federal, em seu artigo 196, estabelece que a saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Logo, **universalidade dos serviços** e **equidade na sua prestação** são princípios consagrados constitucionalmente. Há também, princípios organizacionais em relação aos serviços de saúde pautados na **descentralização dos serviços** – redistribuição de recursos e responsabilidades entre os entes federados; **regionalização e hierarquização da rede** – distribuição espacial dos serviços de modo a atender às necessidades da população por regiões e em diferentes níveis de complexidade; **participação social** – institucionalização da democracia participativa e do consequente controle social na área de saúde, com a obrigatoriedade de constituição e de funcionamento de conselhos de saúde nos três níveis de governo.

Os antecedentes das práticas contemporâneas de gestão para a qualidade em saúde têm três origens genéricas: o método científico, as associações profissionais e os modelos industriais com destaque para a gestão da qualidade total (GQT) e a melhoria contínua da qualidade (MCQ). Segundo Gilmore e Novaes, os serviços de saúde e a Organização Mundial da Saúde definem qualidade do atendimento médico-hospital como também para a saúde pública (SUS) em função de um conjunto de elementos: alto nível de excelência, uso eficiente dos recursos, um mínimo de riscos, assim como um alto grau de satisfação dos pacientes, e um impacto final na saúde. A busca pela qualidade em saúde busca garantir a segurança, efetividade, acesso, eficiência, equidade e centralidade do paciente /usuário. A avaliação da qualidade é realizada tendo por base em variáveis gerenciais segundo o enfoque de sistemas. Procura medir as condições estruturais dos serviços desde os parâmetros físicos, de habilitação de pessoal e/ou do desempenho do equipamento (ONA 2006).

A Auditoria da qualidade é um exame sistemático e independente para determinar se as atividades e resultados afins estão de acordo com as medidas planejadas, se

estas medidas estão implementadas de forma efetiva e se são adequadas para se atingir os objetivos. A auditoria pode ser considerada uma ferramenta da qualidade, pois as informações geradas nos seus relatórios fornecem subsídios para o planejamento e o redirecionamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações da organização.

JUSTIFICATIVA

Levantou-se o interesse pelo tema abordado com o objetivo de expor a importância da auditoria em saúde no processo de busca pela qualidade da assistência à saúde no SUS (Sistema Único de Saúde), buscando alcançar melhor efetividade e desempenho dos sistemas e serviços de saúde públicos tendo como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais, o processo de desenvolvimento e resultados do PMAQ (Programa de Acesso da Melhoria da Qualidade). Tendo em conta, que a auditoria em saúde deve ser um processo permanente, contínuo, pró-ativo que depende da figura do auditor para poder acontecer.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar a conformidade, eficiência e eficácia no processo de avaliação da qualidade da assistência em saúde no âmbito do SUS.

Específico

- Conceituar auditoria em saúde;
- Identificar as finalidades, benefícios e componentes de uma auditoria
- Conceituar qualidade em saúde
- Relacionar o processo de auditoria com qualidade
- Conceituar o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade) relacionando-o com o processo de auditoria em saúde, identificando seus benefícios e resultados já obtidos com sua implantação na Atenção Básica.
- Conceituar a AMAQ
- Definir o papel do auditor no processo de desenvolvimento do PMAQ

METODOLOGIA

A auditoria é importante no levantamento, no estudo e na avaliação sistemática das transações, dos procedimentos, das operações e das rotinas, bem como nas demonstrações financeiras de uma entidade. Para se entender a auditoria, como é vista atualmente, deve-se analisar o seu processo histórico, a sua origem e o motivo pelo qual se tornou uma atividade necessária aos bons andamentos dos diversos setores a que se aplica (Crepaldi, 2004).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritivo e explicativo, que enfatiza a auditoria na melhoria da qualidade em saúde e o papel do auditor no processo de avaliação do PMAQ.

Para a coleta dos dados foram buscadas informações na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Scientific Electronic Library Online (SciELO). . Foram utilizados também manuais do Sistema Nacional de Auditoria, em leis e portarias do Ministério da Saúde e a Constituição Brasileira de 1988.

No entanto, para demonstrar o papel, as diretrizes e as ações da auditoria e o papel do auditor; foram selecionadas as pesquisas que tratavam da auditoria no SUS (Sistema Único de Saúde) para sustentar a afirmação proposta.

A maioria das informações sobre auditoria no SUS foi encontrada nos sites dos órgãos governamentais do Ministério da Saúde, manuais dos cursos de capacitação, Constituição de 1988, normas, portarias e leis sobre a auditoria; como também na Legislação que rege o PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade).

1 AUDITORIA EM SAÚDE NO ÂMBITO DO SUS

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.

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.

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 resolutividade 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.

1.1 DIRETRIZES DA AUDITORIA DO SUS

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS, enquanto componente federal do SNA (Sistema Nacional de Auditoria) 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.

Sendo assim, foram estabelecidas as principais diretrizes da auditoria:

- 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;
- 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.

O Manual de Auditoria do SUS diz que a auditoria é um processo sistemático para comparar até que ponto uma determinada intervenção atingiu os objetivos pretendidos ou desejáveis. Pode ser aplicado a um sistema, serviço, programa, projeto, política, plano ou qualquer outra atividade organizada. Permite a comparação do desempenho dos sistemas e serviços de saúde, tomando como referência os princípios e diretrizes organizativas do SUS, as responsabilidades e os papéis atribuídos aos entes governamentais. Deve ser um processo permanente, contínuo e pró-ativo que tem por finalidades:

- Contribuir para o fortalecimento do SUS; e
- Constituir-se em ferramenta do processo decisório constatando a eficiência na alocação e aplicação adequadas dos recursos, a eficácia na qualidade das ações e serviços oferecidos aos cidadãos e a efetividade nos resultados alcançados na assistência, prevenção e promoção da saúde dos usuários do SUS.

As auditorias no SUS produzem dois tipos de relatório:

1. Preliminar, que é o primeiro documento elaborado pela equipe de auditoria e deve conter:

Introdução - breve relato dos objetivos da auditoria e as razões de sua realização;

Metodologia - detalhamento das atividades realizadas pela equipe de auditoria que permitiram identificar as evidências (elementos objetivos que sustentam a constatação) e chegar às constatações;

Constatações - o que pode ser afirmado com base nas evidências verificadas, observando a conformidade de acordo com as normas e padrões estabelecidos;

Evidências - aquilo que pode ser usado para provar que uma determinada afirmação é verdadeira ou falsa, observando a conformidade de acordo com as normas e padrões estabelecidos;

Fontes de Evidências - documentos que comprovem a evidência e a constatação.

2. Final, que é o documento final da auditoria e deve conter todos os itens do relatório preliminar, mais as justificativas apresentadas pelo auditado, a análise das justificativas feita pela equipe de auditoria, as recomendações e a conclusão:

- Justificativa- manifestação do auditado ou agente envolvido em função das constatações de “não conformidades; ”
- Análise da justificativa- manifestação da equipe de auditoria acatando ou não as justificativas apresentadas pelo auditado ou agente envolvido;
- Recomendação- sugestão de providência, por parte da equipe de auditoria, visando superar ou minimizar situação de não conformidade;
- Conclusão- síntese objetiva, clara e ordenada dos resultados da auditoria coerente com a análise das constatações observadas.

1.2 - SNA- SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA

É o conjunto de órgãos e unidades instituídos em cada esfera de governo, sob a direção do gestor local do Sistema Único de Saúde, com atribuição de realizar auditorias. O SNA foi instituído de forma descentralizada por meio de órgãos dos governos federal, estadual, municipal e do Distrito Federal pela Lei nº 8.689/93.

O Decreto nº 1.651/95 estabeleceu que a estrutura e funcionamento do SNA, no plano federal, são indicativos da organização a ser observada por estados, DF e municípios para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

No plano federal, o componente do SNA é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), unidade da Secretaria de Gestão Estratégica.

1.3 - DENASUS

É o Departamento Nacional de Auditoria do SUS, componente federal do SNA e integrante da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

O Denasus interage com as diversas áreas da gestão do SUS, em todas as esferas, ouvindo seus desafios e discutindo sobre estratégias de apoio com ações de auditoria/ou cooperação técnica.

A ação de cooperação técnica se desenvolve por meio de várias atividades: visitas aos municípios, capacitações, reuniões, repasse de tecnologia etc. Todas elas têm por objetivo fortalecer o SNA, buscando maior interação e troca de informações entre seus componentes, para que cada um assuma de forma plena suas responsabilidades em cada nível de gestão.

1.4 - SISAD/SUS

É o Sistema de Informação de Auditoria do SUS, uma ferramenta informatizada, criada para fortalecer a gestão de serviços de auditoria e facilitar a integração e a interação entre as equipes de auditores das três esferas de governo.

1.5 - CONSELHOS X AUDITORIA

A relação da gestão com a auditoria também é fundamental para a construção do SUS. A auditoria é, antes de tudo, um instrumento de gestão. Pode ter um caráter preventivo quando busca, no momento de sua realização, orientar o gestor a corrigir distorções que porventura sejam detectadas. Em decorrência, o relatório da auditoria pode apoiar a elaboração das agendas de saúde e a correção de rumos, se necessário.

1- QUALIDADE EM SAÚDE

Da mesma forma que a codificação melhora a qualidade de resposta dos materiais, produtos e meios de produção, inferindo valor instantâneo de custo na formação de preço, a qualidade torna-se necessária à organização, não apenas como resposta ao consumidor, como também para contribuir com a redução de perdas de produtos, materiais e meios de produção, aumentando a produtividade dos elementos envolvidos. Quando se implementa um sistema de qualidade, todos os entraves de processo são removidos, qualquer que seja o método empregado na sua implantação.

Uma faxina geral é feita no ambiente de trabalho, as atividades são padronizadas, tendo-se sempre a mesma resposta para os mesmos problemas e agilizando-se as decisões porque inúmeras ações já estão predeterminadas e não necessitam consulta a níveis hierárquicos superiores, o que reduz a circulação de informações e o tempo de resposta. A qualidade tem por objetivo reduzir o atrito nos processos, dando-lhes maior dinamismo, melhorando a autoestima de todas as pessoas envolvidas por sentirem-se mais úteis ao poderem tomar decisão sem que haja necessidade de consulta a superiores. Com a padronização dos materiais e produtos utilizados e também das ações interpessoais, a administração torna-se automaticamente aberta, deixando de ser centralizada- o que entrava, até certo ponto, a produção - ,visto que as pessoas envolvidas têm, em parte do processo, autonomia de decisão, sem que isso leve problemas para a área subsequente. O acompanhamento de treinamento e a reciclagem das informações são uma constante no processo de qualidade, que não se encerra em si, porque a busca é constante e há sempre

inclusões de itens de melhoria e aperfeiçoamento das ações, chegando ao esperado em todos os processos produtivos – que é o Just-in-time, onde tudo é obtido e transformado na hora em que se torna necessário, sem perda de tempo, material e continuidade.

Operar com qualidade não é apenas ter bons produtos finais, como atendimento, diagnóstico, prognóstico e atuação ativa; os meios de produção devem ter taxa de ocupação dentro da faixa ótima indicada pelos fornecedores. Um percentual que se tem dos equipamentos trabalhando na faixa de boa a ótima é uma ocupação por volta dos 80%, e consegue-se essa taxa, muitas vezes, com a locação do equipamento.

2- AUDITORIA E QUALIDADE

A auditoria no campo **da** saúde pode ser classificada quanto ao tipo, à causa desencadeante, à consequência da ação, ao nível realizador e ao objeto da ação. Ela deve basear-se em princípios éticos básicos, como autonomia, beneficência e justiça, sendo necessário, para isso, maior proximidade quanto à realidade a ser auditada.

É fundamental o respeito a essa realidade, para que se possa ampliar o grau de adequação do programa proposto e reverter a verticalidade do modelo clínico-assistencial prevalente, favorecendo a adoção de ações coletivas e preventivas, além de contribuir na divulgação e legitimação das atividades, eventos e serviços desenvolvidos no campo da saúde e servir de fator agregador à autonomia local (NOGUEIRA, 2009).

A auditoria na saúde nos dias de hoje, pode ser realizada em hospitais, clínicas, ambulatórios, home care, operadoras de planos de saúde e seguros de saúde. Acrescenta-se a essas modalidades, a auditoria de gestão, determinada como função organizacional de revisão, avaliação e emissão de opinião quanto ao ciclo administrativo (Planejamento, Execução, Controle) em todos os momentos e ambientes das entidades (MEDEIROS, 2008).

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços de saúde já é antiga, o crescente surgimento de novos procedimentos e tecnologias que se superam em períodos cada vez menores, requer qualidade. O conceito de qualidade foi primeiramente associado à definição de conformidade às especificações. Posteriormente o conceito evoluiu para a visão de satisfação do cliente (BRASIL 2008).

O principal foco dos serviços de atenção à saúde é o de atender com a melhor qualidade possível, ou seja, com efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. Com a finalidade de garantir a qualidade dos serviços prestados aos clientes, atualmente, grandes empresas têm-se preocupado em utilizar a auditoria, de forma contínua em suas organizações, visto que os clientes estão cada vez mais certos de seus direitos (BRASIL 2008).

A auditoria não deve ser entendida como um método de fiscalização, punitivo, repressivo, e sim deve ser encarada como um processo positivo e educacional. Através da análise e verificação operativa, avalia-se a qualidade dos processos, sistemas e serviços; como também a necessidade de melhoria ou de ação preventiva, corretiva e/ou saneadora. Tem como objetivo maior propiciar à alta administração informações necessárias ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema, contribuir para o planejamento e replanejamento das ações de saúde e para o aperfeiçoamento do Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

3 CONHECENDO O PMAQ (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade)

É um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população. Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos.

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

Adesão e Contratualização - Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.

Desenvolvimento - Na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.

Avaliação Externa - A terceira fase consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde em parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho.

A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das Equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.

Pactuação - Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB.

4 INDICADORES A SEREM AVALIADOS PELO PMAQ

Área: Saúde da Mulher

- Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica
- Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.
- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.
- Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de Atenção Básica.
- Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada.
- Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre.

- Proporção de gestantes com pré-natal no mês. Proporção de gestantes com vacina em dia Razão entre exames citopatológicos do colo do útero
- Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares.

Área: Saúde da Criança

- Média de atendimentos de puericultura
- Proporção de crianças menores de 4 meses com aleitamento exclusivo
Proporção de crianças menores de 1 ano com vacina em dia
Proporção de crianças menores de 2 anos pesadas.
- Média de consultas médicas para menores de 1 ano.
- Média de consultas médicas para menores de 5 anos;
- Proporção de crianças com baixo peso ao nascer.
- Proporção de crianças menores de 1 ano acompanhadas no domicílio Cobertura de crianças menores de 5 anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)

Área: Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

- Proporção de diabéticos cadastrados
- Proporção de hipertensos cadastrados
- Média de atendimentos por diabético
- Média de atendimentos por hipertenso
- Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
- Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio

Área: Saúde Bucal

- Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada Cobertura de primeira consulta odontológica programática
- Cobertura de 1ª consulta de atendimento odontológico à gestante Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
- Média de instalações de próteses dentárias.
- Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante.
- Taxa de incidência de alterações da mucosa oral

Área: Produção Geral

- Média de consultas médicas por habitante
- Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado
Proporção de consultas médicas de demanda agendada
- Proporção de consulta médica de demanda imediata
- Proporção de consultas médicas de urgência com observação
- Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência.
- Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado

- Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
- Média de exames solicitados por consulta médica básica
- Média de atendimentos de enfermeiro
- Média de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) por família cadastrada
- Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

Área: Vigilância - Tuberculose e Hanseníase

- Média de atendimentos de tuberculose
- Média de atendimentos de hanseníase

Área Saúde Mental

- Proporção de atendimentos em saúde mental, exceto de usuários de álcool e drogas
- Proporção de atendimentos de usuário de álcool
- Proporção de atendimentos de usuário de drogas
- Taxa de prevalência de alcoolismo.

5 AMAQ – AB

A Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica trata-se de um instrumento autoavaliativo. Ressalta-se que esta proposta não será de uso obrigatório, cabendo aos gestores municipais e às equipes de atenção básica (EAB) definir o(s) instrumento(s) ou ferramenta(s) que melhor se adéqua(m) à sua necessidade e realidade.

Visando a induzir a implementação de processos autoavaliativos, 10% da nota para a certificação da equipe é vinculada a essa ação. Devendo, para tanto, o gestor municipal e as equipes de atenção básica registrar os resultados de suas autoavaliações e seus respectivos planos de ações, no Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica (SGDAB). Os gestores que optarem pelo uso da AMAQ utilizarão um aplicativo do próprio instrumento, já os que decidirem pelo uso de outros instrumentos autoavaliativos farão os registros dessas informações em espaço específico no SGDAB. O objetivo dessa estratégia é também possibilitar que as equipes e os gestores possam monitorar a execução do plano de intervenção, bem como analisar a evolução dos resultados autoavaliativos.

O PMAQ não define periodicidade para a realização das autoavaliações. No entanto, destaca-se que, entre uma autoavaliação e outra, deve haver intervalo de tempo suficiente para a execução de parte do plano de intervenção, permitindo que nos próximos momentos autoavaliativos sejam identificadas melhorias na qualidade dos serviços.

Ressalta-se que os momentos de construção ou preparação para a implementação de processos autoavaliativos atingem seu potencial indutor da transformação quando são orientados por métodos participativos, com uso de abordagens libertadoras da criatividade, que considera a pluralidade dos atores presentes promovendo um espaço privilegiado para construção do pensamento. É nesse momento que os indivíduos produzem sentidos e significados com potencial de mobilização de iniciativas para o aprimoramento dos serviços.

6 CONCEITUANDO ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido.

A Atenção Básica é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus princípios e diretrizes fundamentais são:

Territorialização e Responsabilização Sanitária;

Adscrição dos Usuários e Vínculos;

Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial;

Cuidado Longitudinal;

Ordenação da Rede de Atenção à Saúde;

Gestão do Cuidado Integral em Rede;
Trabalho em Equipe Multiprofissional

7 PAPEL DO AUDITOR NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO E RESULTADOS DO PMAQ

É importante frisar neste momento como se deu a aplicação do instrumento de autoavaliação o PMAQ, seu desenvolvimento e resultados. É importante ressaltar que a construção do processo de avaliação externa contou com a colaboração de 46 instituições de ensino e pesquisa (IEP) brasileiras de reconhecida experiência em pesquisas avaliativas (Anexo B). A certificação das equipes de Saúde Bucal foi um processo tripartite, que envolveu Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Finalizado o segundo ciclo do programa, o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) divulga a metodologia de classificação do desempenho das 19.946 equipes de Saúde Bucal certificadas, na qual 1.745 foram desclassificadas e outras 688 foram insatisfatórias no programa. Com isso, pretende contribuir para a análise e qualificação dos resultados alcançados pelas equipes de SB e gestores municipais, estaduais e federais, estimular a reflexão e o processo de pactuação, conferindo, ainda, transparência ao processo de certificação das equipes. Esta nota metodológica visa possibilitar que os gestores municipais e as equipes de Atenção Saúde Bucal conheçam o método de certificação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

A autoavaliação no âmbito do PMAQ-AB é percebida como o ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão visando a melhoria da qualidade dos serviços. Entende-se que processos autoavaliativos comprometidos com a melhoria contínua da qualidade poderão potencializar os demais processos de desenvolvimento do PMAQ. Nesta etapa, as equipes de SB utilizaram algum instrumento para autoavaliação, seja a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (Amaq), a Avaliação de Melhoria da Qualidade (AMQ) ou outros instrumentos desenvolvidos pelo Estado, pelo município ou pela própria equipe de SB. O monitoramento dos indicadores e o consequente uso das informações busca, orientar o processo de negociação e contratualização de metas e compromissos entre equipes e gestor municipal, assim como entre este e as outras esferas de gestão do SUS; subsidiar a definição de prioridades e programação de ações para melhoria da qualidade da AB, tanto para as equipes participantes, quanto para os gestores das três esferas de governo, promover o

aprendizado institucional, ao permitir a identificação e priorização de desafios para melhoria da qualidade da AB, o reconhecimento dos resultados alcançados e a efetividade ou necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de intervenção; promover a democratização e transparência da gestão da AB e o fortalecimento da participação do usuário, por meio da publicitação de metas, padrões de qualidade e resultados alcançados; fortalecer a responsabilidade sanitária e o protagonismo dos diversos atores, ao revelar tanto as fragilidades quanto os sucessos, motivando as equipes de saúde e gestores da AB para enfrentarem os desafios; apoiar a implantação de sistema de informação específico para os NASF e Equipes de Saúde Bucal, por meio do e-SUS/SISAB. Cumpre destacar que, para o alcance de bons resultados nos indicadores e padrões de qualidade pressupõe a realização constante de ações de monitoramento, para um diagnóstico de prioridades de educação permanente, apoio institucional e programação e contratualização de ações para a melhoria dos processos de trabalho. No âmbito do trabalho das equipes, o uso da informação constitui um elemento essencial para a gestão do cuidado, na medida em que um passo essencial para a organização do processo de trabalho de uma equipe deve ser o cadastramento domiciliar e a elaboração de um diagnóstico situacional que oriente as ações da equipe para o enfrentamento dos problemas de saúde. Esse diagnóstico, complementado por outras análises (como a da demanda que acessa a UBS, a das necessidades de intervenção e de ampliação do escopo de ações e serviços que são demandadas e percebidas por trabalhadores e usuários, etc.) deve orientar o planejamento e a programação de ações de maneira pactuada com a comunidade e as ações implantadas pela equipe devem ser acompanhadas e avaliadas sistematicamente, visando o aperfeiçoamento constante dos processos de trabalho. Para orientar os processos locais de monitoramento das ações desenvolvidas pelas equipes, alguns pressupostos podem ser úteis, tais como: ter caráter formativo, pedagógico e reorientador das práticas, numa abordagem em que a informação possa produzir mudança na ação. O processo de monitoramento não deve ser entendido como um fim em si mesmo ou apenas como cumprimento de um compromisso meramente formal, mas sim como um mecanismo capaz de produzir a mudança, gerando propostas para a melhoria da qualidade das ações e processos monitorados, além de promover aprendizado institucional e responsabilização; subsidiar a gestão da AB, incorporando informações sobre desempenho aos processos decisórios e alinhando os processos de monitoramento, planejamento, educação permanente e apoio institucional; evitar a vinculação dos processos de monitoramento a consequências punitivas que reforcem resistências, deturpação de resultados ou tensões desnecessárias. Isso dificulta a apropriação de seus resultados e compromete o interesse e motivação dos profissionais em

alimentar adequadamente os sistemas informação; reconhecer o sucesso das equipes que tiverem bom desempenho estimulando-as na busca de melhores resultados; permitir a identificação de experiências exitosas e a criação de oportunidades de cooperação horizontal entre as equipes, promovendo o reconhecimento entre pares e relações solidárias, mais do que a competição por melhores resultados; possuir mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos, constituindo um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que compartilham co-responsabilidades; estabelecer mecanismos de divulgação sistemática dos resultados do processo de monitoramento da AB, com vistas à democratização e transparência desses processos, ao aprendizado institucional, ao reconhecimento dos resultados alcançados e ao enfrentamento dos desafios para melhoria da qualidade da AB. Considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da AB. É esperado que os resultados nos indicadores reflitam em alguma medida o esforço das equipes de saúde e de gestão na melhoria da qualidade da AB, devendo haver uma coerência entre o desempenho das equipes nos indicadores e a conformidade de suas ações com padrões de qualidade associados a boas práticas em Atenção Básica. Além disso, como será apresentado posteriormente, o desempenho das equipes para o conjunto de indicadores contratualizados irá compor uma parte do desempenho final da equipe para a certificação. Será calculada, para cada indicador de desempenho, uma pontuação proporcional ao alcançado pelas equipes, comparando-se o resultado obtido pela equipe com os respectivos parâmetros mínimos e/ou com as médias dos estratos de municípios do qual faz parte em um mesmo período. A terceira fase do PMAQ consiste na avaliação externa das equipes, na qual o Ministério da Saúde contou com o apoio de instituições de ensino e pesquisa que visitaram as equipes de Atenção Básica e aplicaram os instrumentos avaliativos (Anexo B). Na avaliação externa, foram coletadas informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes de Saúde Bucal participantes do programa. Para isso, foi criado instrumento de avaliação externa contendo padrões de qualidade estabelecidos de acordo com as normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam ações e práticas, conhecimentos técnicos e científicos atuais, considerando a competência dos atores envolvidos. O instrumento de avaliação externa para a Esb está organizado em três módulos: observação na Unidade Básica de Saúde para a Saúde Bucal; entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde; e entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde bucal.

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto de implantação do SUS. A certificação foi norteada por parâmetros que permitiram a comparabilidade de desempenho entre equipes a partir da verificação das médias de desempenho, considerando a realização da autoavaliação, os resultados dos indicadores e da avaliação externa. Porém, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, foram consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e as Esb (vide critérios de estratificação dos municípios). Portanto, para a classificação de desempenho das equipes, os municípios foram distribuídos em seis diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade. O desempenho de suas equipes foi comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato. As equipes participantes no PMAQ foram certificadas, conforme o seu desempenho, considerando; implementação de processos autoavaliativos; Verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa). Uma vez que a equipe seja certificada, o gestor municipal passará a receber valores diferenciados do Componente de Qualidade do PAB Variável, conforme o desempenho. Os repasses realizados estão disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS14.

Quadro 1- Relação entre o desempenho e o percentual do Componente de Qualidade do PAB Variável

DESEMPENHO	PERCENTUAL DE RECURSOS DO COMPONENTE DE QUALIDADE DO PAB VARIÁVEL
Insatisfatório ou desclassificada	Insatisfatório ou desclassificada
Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade	Desclassificadas do programa e deixam de receber o Componente de Qualidade
Mediano ou abaixo da média Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade	Mediano ou abaixo da média Continuam recebendo 20% do Componente de Qualidade
Acima da média	Acima da média

Com base na certificação, nova reconstrução de compromissos com relação a indicadores e ações poderá ser realizada entre gestores e equipes e destes com o Ministério da Saúde, completando o ciclo de qualidade previsto pelo programa.

Quadro 2- Distribuição das equipes de Saúde Bucal de acordo com o desempenho no 2º ciclo do PMAQ

CLASSIFICAÇÃO	Nº DE EQUIPES	%
Muito acima da média	2.802	14,05
Acima da média	5.954	29,85
Mediana ou abaixo da média	8.757	43,90
Insatisfatória	688	3,45
Desclassificada	1.745	8,75
Brasil	19.946	100,00

O processo de certificação do PMAQ deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Considerando que o conceito de qualidade varia de acordo com o contexto, é esperado que o PMAQ esteja em constante aperfeiçoamento, de modo a contemplar, progressivamente, a diversidade dos cenários em que será implantado e as novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica, no contexto de implantação do SUS. A certificação será norteada por parâmetros que permitam a comparabilidade de desempenho entre equipes, e para as equipes que participaram do 1º ciclo do programa, também do desempenho da própria equipe consigo mesma, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando a realização da autoavaliação, os resultados dos indicadores e da avaliação externa. Mas, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, serão consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde e às EAB (vide Critérios de Estratificação dos Municípios). Portanto, para a classificação de desempenho das equipes, cada município será distribuído em 6 (seis) diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade, e o desempenho de suas equipes será comparado à média e ao desvio padrão do conjunto de equipes

pertencentes ao mesmo estrato. As equipes participantes no PMAQ serão certificadas, conforme o seu desempenho, considerando: implementação de processos autoavaliativos; verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados; verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa).

O auditor por sua vez a partir da análise dos resultados obtidos pelo PMAQ irá verificar os procedimentos adotados para avaliação dos serviços pelo referido programa, dados coletados, resultados obtidos, onde através deste controle interno ou externos, o auditor poderá opinar e aconselhar para melhores resultados no próximo ciclo do PMAQ. Ao final de todo este processo, o auditor emitirá o Parecer da sua Auditoria, sendo que esta auditoria é feita de acordo com os conhecimentos do auditor e sua confiança no que tange a proposta do PMAQ. Para a auditoria acontecer, o auditor necessitará de todos os documentos, registros e sistemas utilizados no desenvolvimento do PMAQ.

O auditor é considerado um especialista, mas também é percebido como um mero executor de políticas formuladas, onde fortalece assim, a sua impessoalidade no processo de auditoria. Ele tem a competência técnica que parece ser a dimensão mais desejada pelos diversos auditores, pois almejam garantias de aperfeiçoamento e obtenção de legitimidade para suas ações, além de garantias de direitos já alcançados por outros auditores, integrantes dos sistemas de controle externo ao Ministério da Saúde (Melo 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se que o controle e avaliação em saúde representam instrumentos de fundamental importância no monitoramento das políticas públicas em saúde, na intenção de redefinir os objetivos da instituição, alocar os recursos e readequar suas ações.

A auditoria atualmente não exerce caráter punitivo, sendo voltada para o policiamento de profissionais da área de saúde; onde assume um novo papel como instrumento capaz de avaliar a qualidade, propriedade e efetividade dos serviços de saúde prestados à população em caráter preventivo proporcionando a possibilidade de promoção de educação continuada a todos os envolvidos no processo com vistas à melhoria da qualidade da assistência à saúde atendendo dessa forma as propostas previstas pelo Sistema Único de Saúde (SUS); Universalidade, Equidade e Eficiência.

O auditor não deve ser visto como uma pessoa que impõem leis, aquela pessoa que dá ordem, pelo contrário, mas sim como orientador, um educador, a partir da análise e verificação operativa de informações levantadas de onde acontecerá o processo de auditoria, onde o mesmo tem o papel de avaliar a qualidade dos processos, sistemas, serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva, corretiva e/saneadora daquilo que está sendo avaliado na área da saúde. Durante o processo de auditoria o auditor elabora relatórios com resultados do que foi avaliado, buscando a melhoria da qualidade deste serviço. A partir daí, a auditoria tem um papel importante que é propiciar à alta administração informações necessário ao exercício de um controle efetivo sobre a organização ou sistema, contribuir para o planejamento e replanejamento das ações de saúde e aperfeiçoamento do Sistema, alcançando assim, a melhoria na qualidade dos serviços de saúde. Para ser realizada o processo de auditoria, tem que haver o auditor nesse processo, sem ele é impossível realizar a auditoria. O sistema de auditoria é essencial na avaliação, no controle e na regulação da atenção prestada pelo SUS, constituindo um instrumento administrativo confiável e adequado para os gestores no desenvolvimento de estratégias de saúde. Nessa perspectiva, o papel do auditor é de fundamental importância na legitimidade das informações de saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Conversando sobre auditoria do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 8p. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.6 v. – (Série B: Textos Básicos de Saúde).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Auditoria. História de Auditoria em Saúde. Brasília – DF, [2006].
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria. Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS. Brasília, DF, 2008.
5. MANUAL INSTRUTIVO PARA AS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA (Saúde da Família ,Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) E NASF.
6. Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011;
7. Portaria GM/MS nº 535, de 3 de abril de 2013;
8. Portaria GM/MS nº 261, de 21 de fevereiro de 2013.
9. Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão/organizadoras Eliseth Ribeiro Leão... [et al.]. – São Caetano do Sul, SP: Yendir Editora, 2008.
10. Qualidade: Fundamentos e Práticas para Cursos de Graduação/ Marco Antônio Lucinda – Rio de Janeiro: Brasport, 2010.
11. NOGUEIRA LCL. Gerenciando pela qualidade total na Saúde. 2ª Ed. Belo Horizonte, MG: Desenvolvimento Gerencial; 2009.
12. Tecnologia em gestão de serviços de saúde/ Alan Marks... [et al.]. – Valinhos: Anhanguera Publicações, 2009.198 p. – (Educação sem fronteiras; 4).
13. CHIAVENATO, I. Administração: teoria, processo e prática. 4. ed. São Paulo: Campus, 2006.
14. MENDES, E. V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 176p.
15. SÁ, A. L. Curso de auditoria. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

16. SILVA, N. M.; BORINI, O.; PIEPER, S. Controle, avaliação e auditoria em saúde. 2. ed. Florianópolis: SES/UFSC, 1996. 229p.
17. ROCHA, Enock Emmanoel Moreira. A importância da Auditoria no Sistema Único de Saúde. 2002. 36f. Monografia (Pós Graduação em Contabilidade Pública), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.