

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

SUELENE BORGES DE LIMA CHAVES

AUDITORIA OPERACIONAL APLICADA À QUALIFICAÇÃO DA REDE DE
ONCOLOGIA: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2010 A 2012

RECIFE

2013

SUELENE BORGES DE LIMA CHAVES

AUDITORIA OPERACIONAL APLICADA À QUALIFICAÇÃO DA REDE DE
ONCOLOGIA: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA
DE SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2010 A 2012

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre
em saúde pública.

Orientadoras: Dra.Tereza Maciel Lyra

Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

RECIFE

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

C512a Chaves, Suelene Borges de Lima.

Auditoria operacional aplicada à qualificação da rede de oncologia: um estudo a partir da experiência da Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2012/ Suelene Borges de Lima Chaves. — Recife: A autora, 2013.

74 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadoras: Tereza Maciel Lyra e Maria do Socorro Veloso de Albuquerque.

1. Auditoria Administrativa. 2. Oncologia. 3. Controle. 4. Gestão de Qualidade. I. Lyra, Tereza Maciel. II. Albuquerque, Maria do Socorro Veloso. III. Título.

CDU 658:61

SUELENE BORGES DE LIMA CHAVES

AUDITORIA OPERACIONAL APLICADA À QUALIFICAÇÃO DA REDE DE
ONCOLOGIA: UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DA SECRETARIA DE
SAÚDE DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2010 A 2012.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Saúde Pública do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz para obtenção do grau de mestre
em saúde pública.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Dra. Tereza Maciel Lyra
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Luzanira Maria da Fonseca de Santa Cruz
Faculdade de Ciências Médicas /Universidade de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus, autor e consumidor da minha fé, que me permitiu concluir a longa caminhada iniciada em 2011.

Ao meu esposo Isac e meus filhos, Júnior e Priscila, que abriram mão de tantos momentos em família para que a pesquisa recebesse a devida atenção.

A minha mãe, Dona Maria do Carmo, meu orgulho, meu exemplo e incentivo a ser uma referencial na vida.

As minhas irmãs Sueli, Silvana e Susete que fazem parte de uma bancada de pessoas que sempre acreditaram que eu venceria os obstáculos que porventura apareceriam na minha estrada.

As minhas maravilhosas orientadoras, Tereza Lyra e Socorro Veloso, que além da dedicação e confiança mútua, abraçaram a causa como sendo sua, me orientando e incentivando a descobrir a cada dia um novo mundo no SUS.

A Prof^a Arizai Almeida, que tão bondosamente fez a revisão gramatical possibilitando uma melhor qualidade da pesquisa.

Aos colegas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Ricardo, Jane, Maria do Carmo, Mary aos técnicos da Gerência de Informações Assistências (GIA), da Diretoria de Sistema de Informações na pessoa de Anita Lima, Severino Catão e todos os demais que além do incentivo e das contribuições facilitaram a conciliação entre trabalho e estudo.

As amigas Bernadete Antunes, Inaldete Pinheiro e Zailde Carvalho, que me estimularam a construir uma nova história na minha vida acadêmica e profissional.

Aos colegas da turma do mestrado 2011/2013, que foram escolhidos um a um, de forma muito especial para formarem uma harmonia que deu um significado especial ao curso.

A Carminha, minha companheira de estrada, muito presente em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis.

A cada professor que contribuiu na minha formação, tornando as aulas atrativas e inesquecíveis.

A Instituição Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, que me acolheu, acreditou que valia a pena investir em mim e que eu daria retorno ao SUS.

Aos irmãos, amigos e familiares que se envolveram direta ou indiretamente para que essa conquista fosse possível.

Para expressar esse momento de gratidão, por tantos ganhos no decorrer desses anos, me utilizo das palavras do sábio Salomão que diz: “O temor do Senhor é o princípio da sabedoria” Provérbios 1:7

“Tudo quanto te vier à mão para fazer, faze-o conforme as tuas forças, porque na sepultura, para onde tu vais, não há obra nem projeto, nem conhecimento, nem sabedoria alguma.”

Eclesiastes 9:10

CHAVES, S. B. L. Auditoria operacional aplicada à qualificação da rede de oncologia: um estudo a partir da experiência da secretaria de saúde de Pernambuco no período de 2010 a 2012. 2013. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

A pesquisa analisou como os gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e gerentes das unidades de oncologia sob a gestão estadual têm utilizados os resultados das auditorias operacionais na qualificação da rede de atenção situada no território do Recife no período de 2010 a 2012. Trata-se de um estudo de caso, com triangulação de técnicas (entrevistas semi-estruturadas e análise documental), tendo como sujeitos: gestores do nível central da SES de Pernambuco, diretores de 03 unidades auditadas e um representante do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco. Utilizou-se da análise temática de conteúdo com a mediação de categoria de análise controle público. Em termos da análise da produção e faturamento, evidenciou-se a desproporcionalidade entre o número de leitos de algumas unidades e o número de internações no período estudado, a exemplo do Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), segundo maior hospital em número de leitos em oncologia, só realizou 18% do total de internações. Por outro lado, verificou-se que o Instituto de Medicina Integral Prof. Antônio Figueira (IMIP) foi a unidade que apresentou o maior número de internações 35,82% e também o maior faturamento de produção ambulatorial (34,33%) e hospitalar (57,60%), quando se compara 2010 e 2012. Quanto à análise dos resultados das auditorias, verificou-se que as inconformidades na área de recursos humanos ocuparam o 1º lugar, seguidas consecutivamente de estrutura física e processo de trabalho. Os hospitais universitários apresentaram os quadros mais críticos em todas as áreas, principalmente o HUOC que só conseguiu 12% de aprovação entre a 1ª e a 2ª visita, apesar de oncologia representar 56% da sua produção geral. O IMIP aparece como unidade que alcançou o maior percentual de implementação, sendo uma unidade filantrópica com crescimento no atendimento em oncologia, tanto hospitalar quanto ambulatorial, apresentou uma ampliada governabilidade financeira, sobretudo, para contratação de recursos humanos. Aspecto, que indiscutivelmente, tem limitado a maioria das unidades analisadas no cumprimento das recomendações. Conclui-se que o objetivo de analisar como a gestão estadual da saúde tem utilizado os resultados da auditoria operacional foi alcançado. Tendo evidenciado que a auditoria operacional é uma ferramenta potente de qualificação da atenção, porém insuficiente para mudar a realidade encontrada nas unidades se não vier acompanhada de um plano de investimento e não compor a agenda dos dirigentes, tanto das unidades quanto do nível central, no que diz respeito à implementação das recomendações nos quesitos recursos humanos e estrutura física.

Palavras-chave: Auditoria Administrativa, oncologia, controle, gestão de qualidade.

CHAVES, S. B. L. Auditing applied to network qualification oncology: a study from the experience of the Health Department of Pernambuco in the period 2010-2012. 2013. Dissertation (Professional Masters in Public Health) – Research Center Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo, Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

The research examined how managers of the State Health Department of Pernambuco and oncology unit managers under state management have used the results of audits in qualifying health network on the territory of Recife in the period 2010-2012. This is a case study, with triangulation techniques (semi-structured interviews and documentary analysis), with the subject: central-level managers SES Pernambuco, directors of 03 units audited and a representative of the State Board of Health Pernambuco. We used thematic analysis of content with the mediation analysis category public control. In terms of the analysis of production and sales, there was a disparity between the number of beds in some units and the number of hospitalizations during the study period, the hospital case the Oswaldo Cruz University Hospital (HUOC), second highest number of hospital beds oncology, only held 18% of total admissions. Moreover, it was found that the Institute of Medicine Integral Pr. Antonio Figueira (IMIP) was a unit that had the highest number of hospitalizations 35.82% and the largest billing outpatient services (34.33%) and hospital (57.60%), when comparing 2010 and 2012. As the analysis of audit results, it was found that non-conformities in the human resources area occupied 1st place, followed consecutively physical structure and work process. University hospitals showed the frames most critical in all areas, especially HUOC only got 12% approval between 1st and 2nd visit, despite oncology represent 56% of its overall production. The IMIP appears as unit that achieved the highest percentage of implementation, one unit being philanthropic growth in oncology services, both hospital and ambulatory presented an expanded financial governance, especially for hiring human resources. Aspect, which arguably has limited most of the units analyzed in compliance with the recommendations. We conclude that the objective of examining how the state management of health have used the results of the operational audit was reached. Having shown that auditing is a powerful tool for qualification of attention, but not enough to change the reality found in the units is not accompanied by an investment plan and not make the agenda of the leaders of both the units and the central level, the as regards the implementation of the recommendations in the categories human resources and physical infrastructure.

Key-words: Administrative audit, oncology, control, quality management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Evolução dos gastos (em bilhões de reais) em assistência oncológica – Brasil, 2000-2010	15
Gráfico 2 – Evolução dos gastos (em milhões de reais) em assistência oncológica – Pernambuco, 2008-2010	15
Mapa 1 - Distribuição geográfica das unidades de oncologia em Pernambuco	16
Mapa 2 – Distribuição geográfica das 12 regiões de saúde de Pernambuco	30
Quadro 1 – Protocolo de coleta de dados	32
Quadro 2 – Matriz de análise documental	35
Quadro 3 – Valores absolutos e percentuais pagos (em reais) da produção geral e em oncologia dos hospitais em estudo. Recife, 2010-2012	42
Quadro 4 – Síntese de percentual de conformidades por unidade de saúde na 1ª e 2ª visita de auditoria operacional (Pernambuco, 2010-2012)	46
Gráfico 3 – Inconformidades encontradas na 1ª e 2ª visita da auditoria	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e proporção de mortes por grandes grupos de causas. Brasil, Pernambuco, 2010	14
Tabela 2 – Distribuição dos leitos e internações em oncologia por estabelecimentos de saúde (Recife, 2010-2012)	43
Tabela 3 – Incremento da produção ambulatorial em oncologia por unidade (Recife, 2010 e 2012)	44
Tabela 4 – Incremento da produção hospitalar em oncologia por unidade (Recife, 2010 e 2012)	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APG – Administração Pública Gerencial
CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CES – Conselho Estadual de Saúde
GE – Governo Empreendedor
GM – Gabinete do Ministro
HBL – Hospital Barão de Lucena
HC – Hospital das Clínicas
HCP – Hospital Correia Picanço
HEMOPE – Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco
HUOC – Hospital Universitário Oswaldo Cruz
IMIP – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
INCA – Instituto Nacional do Câncer
MS – Ministério da Saúde
PNPCC – Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
SAS – Secretaria de Assistência a Saúde
SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SISAUD – Sistema de Auditoria
SUS – Sistema Único de Saúde
UNACON – Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 O controle público	21
2.1.1 O controle interno	22
2.1.2 O controle externo	22
2.3 A auditoria como mecanismo de controle interno	23
3 OBJETIVOS	28
3.1 Geral	28
3.2 Específicos	28
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
4.1 Tipo de estudo	29
4.2 O cenário da pesquisa	29
4.3 Fontes e principais técnicas de coleta de dados	30
4.4 Sujeitos de estudo	33
4.5 Roteiro das entrevistas	33
4.6 Análise de dados	35
4.6.1 Matriz de análise documental	35
4.6.2 Matriz de análise das entrevistas	35
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
6.1 A rede de oncologia em Pernambuco	38
6.2 Os gastos com oncologia	41
6.3 O processo de auditoria	44
6.3.1 Estrutura física	48
6.3.2 Recursos humanos	49
6.3.3 Processo de trabalho	51
6.4 Os hospitais universitários e sua inserção no SUS	53
7 A QUESTÃO DO MONITORAMENTO E DO CONTROLE SOCIAL	55
8 CONSIDERAÇÕES	57
REFERÊNCIAS	59
APÊNDICE A - Padronização das unidades de oncologia	67

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o câncer ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estima-se que em 2012, no Brasil, sejam confirmados mais 518.510 casos novos da doença, desse universo, o Recife representará uma parcela de 0,84%, com cerca de 4.350 casos (BRASIL, 2011).

Seguindo a tendência mundial, notam-se, no Brasil, processos de transição que têm produzido importantes mudanças no perfil das enfermidades que acometem a população, observando-se, a partir dos anos 1960, que as doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser a principal causa de morte, sendo substituídas pelas doenças do aparelho circulatório e pelas neoplasias. Essa progressiva ascensão da incidência e da mortalidade por doenças crônico-degenerativas, conhecida como transição epidemiológica, tem como principal fator o envelhecimento da população, o intenso processo de urbanização e das ações de promoção e recuperação da saúde (BRASIL, 2011).

Em 2010 no Brasil a mortalidade por câncer representou 15,7% de todos os óbitos registrados no país, ficando atrás apenas das doenças do aparelho circulatório, cujo percentual chegou a 28,7%. As mortes por causas externas aparecem em seguida, com 12,6%. Pernambuco segue a tendência nacional, as doenças do aparelho circulatório ocupam o primeiro lugar com um percentual de 30,5%, com variação apenas nas causas externas que apresentam um 14,0% (2º lugar de causa de morte), e as neoplasias com 13,1% (3º lugar), como pode ser observado na Tabela 1 a seguir:

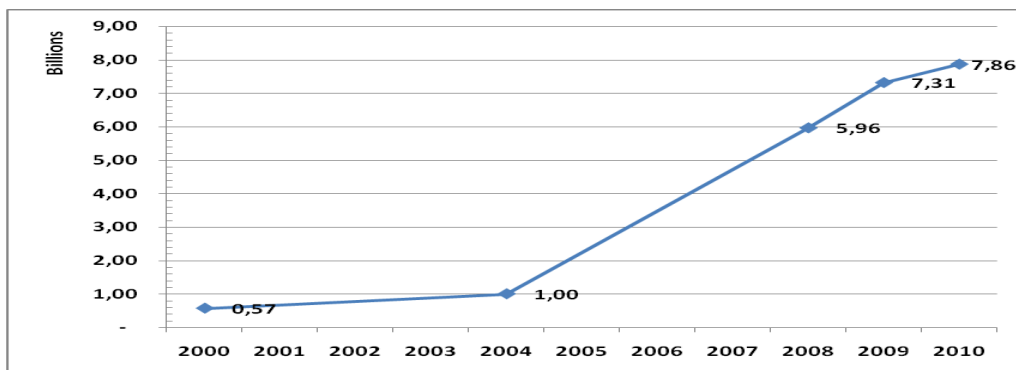
Capítulos	Brasil		Pernambuco	
	Nº	%	Nº	%
I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	48.823	4,3	2.430	4,5
II - Neoplasias (tumores)	178.990	15,7	7.169	13,1
IV - Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	70.276	6,2	4.436	8,1
IX - Doenças do aparelho circulatório	326.371	28,7	16.659	30,5
X - Doenças do aparelho respiratório	119.114	10,5	5.589	10,2
XI - Doenças do aparelho digestivo	58.061	5,1	2.980	5,5
XVIII – Sint. sinais e achados norm ex clin e laborat.	79.622	7,0	2.968	5,4
XX - Causas externas	143.256	12,6	7.646	14,0
Demais causas	112.334	9,9	4.693	8,6
TOTAL	1.136.847	100	54.570	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações de Mortalidade/2012.

Assim, como no Brasil, Pernambuco apresenta uma elevação ao longo dos anos da taxa de mortalidade por neoplasias (gráfico 1). Sendo importante ressaltar que a mortalidade proporcional por neoplasia em Pernambuco apresenta variações entre homens e mulheres. Em 2010, segundo dados do sistema de informações de mortalidade os cânceres de próstata (17%), brônquios e pulmão (12,5%) e estômago (8,8%) ocuparam os primeiros lugares de morte por câncer entre os homens. Nas mulheres, os tipos mais frequentes de mortalidade por câncer foram: mama (16,26%), brônquios e pulmão (8,6%) e colo de útero (6,95%).

Como consequência dos padrões de adoecimento e mortes, possivelmente os investimentos em saúde, no Brasil, também foram influenciados, com um crescimento do financiamento das ações saúde na área de oncologia no período de 2000 a 2010. Os gastos com radioterapia, quimioterapia e cirurgia oncológica apresentam uma tendência crescente (Gráfico 1) e conforme pode-se observar, o Estado de Pernambuco acompanha essa tendência

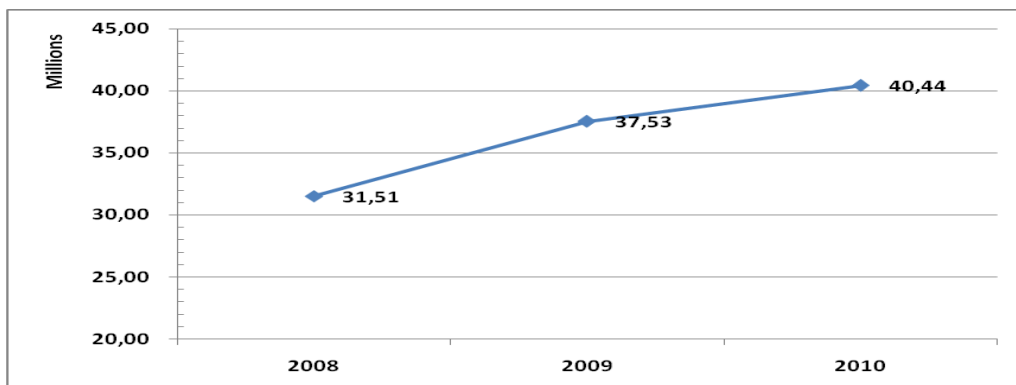
Gráfico 1 – Evolução dos gastos (em bilhões de reais) em assistência oncológica*. Brasil, 2000-2010



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações SIA e SIH/2012

*Nota: rádio, quimioterapia e cirurgia oncológica

Gráfico 2 – Evolução dos gastos (em milhões de reais) em assistência oncológica*. Pernambuco, 2008-2010



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações SIA e SIH/2012

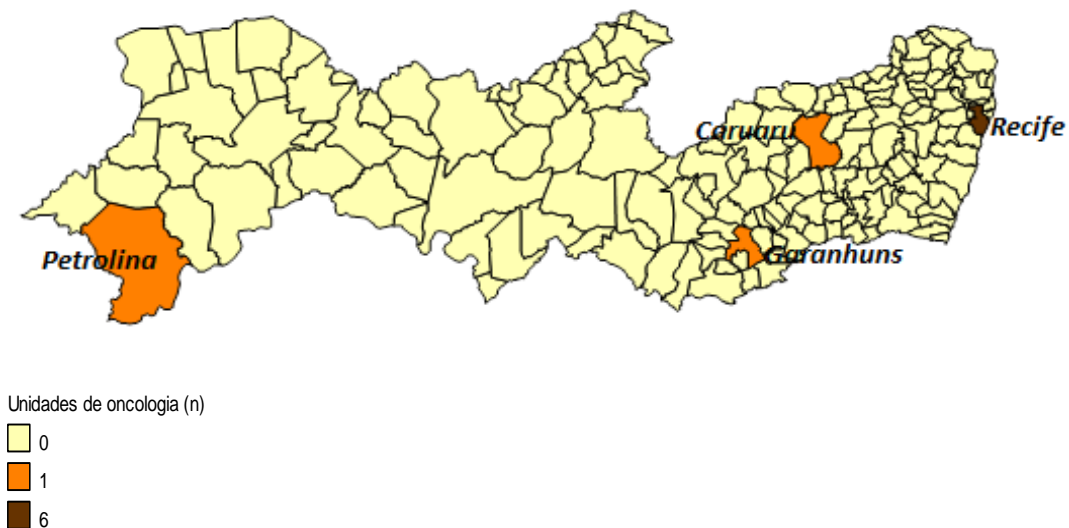
*Nota: rádio, quimioterapia e cirurgia oncológica

O crescimento do financiamento foi reforçado com a implantação da Política Nacional de Atenção Oncológica, instituída através da Portaria 2.439/GM/2005, perpassando por todos os níveis de atenção da baixa a alta complexidade e pelas linhas de cuidados, desde a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação até aos cuidados paliativos (BRASIL, 2005).

O INCA, criado em agosto de 1947, é o órgão governamental responsável por assistir ao Ministério da Saúde na formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador (KLIGERMAN, 2001).

O Estado de Pernambuco possuía em 2010, nove (09) serviços hospitalares credenciados junto ao SUS para atender aos usuários que necessitavam de algum procedimento na área de oncologia, sendo 06 (seis) deles localizados na cidade do Recife: Centro de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), Hospital das Clínicas de Pernambuco (HC), Hospital Barão de Lucena (HBL), Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer (HCP), os demais serviços estão situados nas cidades de Caruaru, Garanhuns e Petrolina.

Mapa 1 - Distribuição geográfica das unidades de oncologia em Pernambuco (2012)



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações SIA e SIH/2012

Diante de um problema de grande magnitude e que envolve ações nos diversos níveis de complexidade, é necessário o controle público, não apenas dos gastos, mas da qualidade de

serviço ofertado a população. Conforme Sá e Porto, (2011, p.395) “a finalidade do controle público, entendido como ação de fiscalização, investigação, análise e busca de informações, é de garantir que a administração pública atue em consonância com os princípios que lhe são impostos pelo ordenamento jurídico.”

Segundo Nóbrega (2008), o Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com o Art. nº 70 da Constituição Federal, admite além do controle externo exercido pelo Poder Legislativo, através dos Tribunais de Conta, o controle interno desenvolvido pelo próprio Poder Executivo exercido pelos setores de auditoria interna.

O controle pode ser entendido como um ato de medição e comparação entre o avanço das atividades e do uso dos recursos previstos com as metas ou padrões planejados, detectando os problemas, analisando as suas causas e admitindo oportunamente medidas corretivas (OROZCO, 2004).

Conforme Almeida (2008), autor na área de auditoria contábil observa-se que o controle interno representa um conjunto de procedimentos métodos e rotinas com os objetivos de proteger os ativos, produzir dados contábeis confiáveis e ajudar a administração.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, no Art.3º já aponta a auditoria sobre sistemas e de gestão como uma das responsáveis pelas ações efetivadoras da regulação de sistemas de saúde (BRASIL, 2008), sendo essa regulação compreendida como “[...] um conjunto de políticas formuladas para obter resultados superiores do ponto de vista social nas relações internas às estruturas de governo e sua relação com agentes do mercado” (RIBEIRO, 2001, p. 409).

Segundo Castro (2004), a fiscalização das ações e serviços de saúde do SUS, parte do processo de regulação do sistema, deve ser feita pelo Tribunal de Contas (controle externo) e pelos órgãos internos de cada esfera gestora, incluindo o controle executado pelo Sistema Nacional de Auditoria. Esse sistema foi regulamentado através do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 e define a auditoria como o exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 2011).

Faz parte das atribuições do Sistema Nacional de Auditoria, em todos os níveis de gestão, a análise e a verificação da aplicação dos recursos e das ações e serviços de saúde públicos e privados, contratados ou conveniados ao SUS, com encaminhamento dos relatórios aos órgãos competentes (BRASIL, 1995). Embora regulamentado há mais de uma década, o

serviço de auditoria no SUS enquanto prática ainda não está totalmente consolidado, e sobretudo, os seus resultados talvez não estejam sendo utilizados sistematicamente.

O interesse pelo tema está relacionado à inserção profissional da autora na gerência estadual de auditoria do SUS, bem como a necessidade de aprofundamento sobre a prática de auditoria operacional dos serviços, além da escassez de material científico sobre o tema controle público na área da saúde, sendo encontrado com maior facilidade material produzido por auditores de órgãos de controle externo da administração pública, tais como Tribunais de Contas, Procuradorias dentre outros.

A questão do controle público foi estudada por Leal (2006); Sá e Porto (2011), bem como a conceituação e aplicação da auditoria foram estudadas por Crepaldi (2010) e Almeida (2007), porém são escassos os estudos que analisem o comportamento de uma gestão frente ao resultado de uma auditoria.

A escolha pelo estudo das auditorias operacionais na área de oncologia teve por base os seguintes critérios: A realização de auditoria em 100% das unidades; todos os processos dessas auditorias estarem inseridos no Sistema de Auditoria (SISAUD) e constar na programação das revisitas até 2012.

Assim, a presente pesquisa teve como pergunta condutora: Como a gestão estadual da saúde tem utilizado os resultados das auditorias operacionais na qualificação da rede de atenção de oncologia situada no território do Recife no período de 2010 a 2012?

2 MARCO TEÓRICO

A temática da auditoria será discutida no âmbito do conceito de controle público na perspectiva inscrita no Sistema Único de Saúde que mantém um distanciamento teórico e político do arcabouço defendido na proposta de reforma do Estado no Brasil.

A partir da década de 90 dois modelos organizacionais no mundo têm pintado o quadro global de reformas da administração pública: a administração pública gerencial (APG) e o governo empreendedor (GE). Os dois modelos compartilham os valores da produtividade, orientação ao serviço, descentralização, eficiência na prestação de serviços, *marketizatione accountability* (KETTL, 2005 apud SECCHI, 2009). A APG e o GE são frequentemente chamados de gerencialismo (*managerialism*). A administração pública gerencial ou nova gestão pública (*new public management*) é um modelo normativo pós-burocrático para a estruturação e a gestão da administração pública baseado em valores de eficiência, eficácia e competitividade.

A partir, sobretudo do governo Fernando Henrique Cardoso esse referencial aparece como um marco fundamental de transformação da Administração Pública Brasileira. Nota-se para o período, uma proposta de mudança de uma administração pública calcada nos excessos burocráticos, para a administração pública gerencial, formulada a partir do modelo de administração empresarial (PEREIRA; PACHECO, 2005). Com ela esperava-se o aproveitamento dos instrumentos de eficácia do setor privado como mecanismos de modernização da gestão pública e da melhoria dos serviços prestados pelo Estado.

Segundo Pereira (2000, p.5), “toda reforma do Estado implica em reforma institucional, que provoca mudanças substantivas na estrutura legal, organizacional, e nas políticas públicas.” Autores como Mendes et al. (2008) consideram que com a Nova Gestão Pública voltada à administração gerencial, cujo controle deixa de somente basear-se nos processos para concentrar-se também nos resultados alcançados, estimula conseqüentemente à necessidade de uma gestão voltada à boa governança. Bresser Pereira aponta três instituições organizacionais que emergiram da reforma, ela própria entendida como um conjunto de novas instituições: as “agências reguladoras”, as “agências executivas” e as “organizações sociais”. Neste sentido, a reforma do Aparelho do Estado é gerencial porque busca inspiração na administração das empresas privadas e visa dar ao administrador público profissional condições efetivas de gerenciar com eficiência as agências públicas (PEREIRA, 2000).

No entanto, nas mudanças propostas para a administração pública nos últimos anos, observa-se que a iniciativa privada aparece como o novo conteúdo na execução das funções

públicas, invertendo as premissas do pacto Keynesiano, com redução e limitação do papel Estado, e principalmente com redução de gastos sociais (SIMIONATTO, 2007). Além disso, como salientam Pires, Demo (2006), e Oliveira (2005) no caso do setor privado em saúde no Brasil, formado tanto pela assistência médica supletiva como pelas indústrias farmacêuticas e laboratoriais, presencia-se um crescimento expressivo com a globalização, atuando com forte presença do capital financeiro e influenciando as tensões dentro do Estado em favor do mercado (PIRES; DEMO, 2006). As diretrizes principais dos organismos internacionais enxergam que a reforma do Estado seja orientada para o mercado, exigindo o abandono de instrumentos de controle político e a restrição na alocação de recursos públicos, principalmente nas políticas sociais.

Concorda-se com a crítica feita por Santos (1999) que o modelo de administração pública gerencial propõe um Estado empresário que promove concorrência entre os serviços públicos, centra-se em objetivos e resultados mais do que na obediência à normatização, empenhando-se mais em obter recursos do que em gastá-los, transformando os cidadãos de usuários em consumidores. E como destacam Sposati e Lobo (1992). O "usuário/consumidor" é, ao mesmo tempo, um sujeito/democrático virtual na construção da política de saúde, e não um carente a ser atendido por uma instituição transformada em "ofertante de serviços", negadora, em sua prática, dos direitos dos cidadãos. Partindo dessa premissa, Medeiros (2005), afirma que o continuísmo dos compromissos com a minoria que detém o poder em diversos períodos da história, configura os traços particulares das redes de clientelismo com o controle privado sobre os recursos públicos.

Assim, no presente trabalho defende-se a ideia de controle público não na perspectiva de um Estado mínimo voltado aos interesses da privatização da saúde. Mas, um controle instituído no âmbito de uma política pública de saúde universal consoante com as necessidades assistenciais do cidadão e com o resguardo no uso dos recursos que são públicos, podendo-se atuar no âmbito tanto do controle público interno quanto externo. O primeiro referente ao controle realizado pela própria burocracia estatal, instituído no interior da arquitetura do Estado para realizar supervisão e aplicar sanções legais sobre o descumprimento dos acordos e o uso dos recursos. E o controle externo ao poder executivo exercido pelo poder Legislativo, Judiciário, Ministério Público e Tribunais de Conta e o controle social no âmbito de atuação dos conselhos de saúde, conforme previsto na Lei 8.142 (BRASIL, 1990).

2.1 O controle público

Na visão de autores como Orozco (2004) o controle pode ser entendido como um ato de medição e comparação entre o avanço das atividades e do uso dos recursos previstos com as metas ou padrões planejados. Detecta problemas, analisa as suas causas e admite oportunamente medidas corretivas. Ao conceituar controle público, Fernandez (1981), afirma que este é um procedimento em que uma pessoa, um órgão devidamente autorizado examina ou fiscaliza um ato realizado por outra pessoa ou órgão, com finalidade de verificar se na preparação e cumprimento deste ato têm sido satisfeitos todos os requerimentos exigidos pela lei.

Na concepção de Afasianiev (1978) o conceito de controle público é mais amplo, definindo-o como um sistema de observação e comprovação da correspondência que existe entre o funcionamento de um órgão ou entidade e os instrumentos jurídicos, administrativos e procedimentais adotados. Para Grateron (1999), do ponto de vista técnico, as entidades fiscalizadoras superiores devem desenvolver e aplicar um conjunto de instrumentos e técnicas de diagnóstico, análise de tomada de decisões e dos resultados alcançados, avaliações de desempenho, avaliação do cumprimento dos programas, sistemas de informações e controle administrativo, entre outros.

A finalidade do controle público, enquanto ação de fiscalização, investigação, análise e busca de informações, é de garantir que a administração pública atue em consonância com a legalidade dos princípios que lhe são impostos, (SÁ; PORTO, 2011). O Capítulo IV da Lei Complementar Nº 141, trata da transparência e visibilidade, fiscalização, avaliação e controle da gestão da saúde, em todos os entes da federação, inclusive com ênfase na ampla divulgação das prestações de contas (BRASIL, 2012). É nesse tipo de controle que estão inseridas as corregedorias, as auditorias e os conselhos fiscais previstos em lei.

As políticas públicas devem ser eficazes, com a burocracia estatal dinâmica, livre de pressão do mercado, capazes de elaborar mecanismos gerenciais eficientes, estabelecer metas e monitorar os resultados, além de prioritariamente propiciar aos agentes sociais a co-participação nas ações públicas em prol do desenvolvimento social (CARNEIRO; ELIAS, 2006).

2.1.1 O controle interno

Conforme Attie (1998, p. 47), “o controle interno é essencial para efeito de todo o trabalho de auditoria e assim, a existência de um satisfatório sistema de controle interno reduz a possibilidade de erros e irregularidades”.

Assim, na administração pública, o controle institucional interno é a maneira de o Estado autofiscalizar-se, automonitorar-se, caso contrário às falhas nesse sistema de controle geram prejuízos na atividade administrativa do Estado comprometendo ainda o controle institucional externo e o controle social. (SÁ; PORTO, 2001). A classificação como “interno”, é segundo Aguiar (2009), aplicada quando o controle é realizado por equipe vinculada ao próprio órgão ou unidades controladas. O controle institucional é a esfera horizontal de controle do Estado, realizada entre setores da burocracia estatal – administrativo, legislativo de contas e judiciário (CARNEIRO; ELIAS, 2006).

2.1.2 O controle externo

O controle é uma ação tomada com o propósito de certificar-se de que algo se cumpra de acordo com o que foi planejado. No âmbito da administração pública, o poder de fiscalização e correção que sobre ela exercem os órgãos dos poderes Judiciário, Legislativo e o Executivo, o objetivam garantir a conformidade de sua atuação com os princípios que lhes são impostos pelo ordenamento jurídico (SILVA, 2002).

A exemplo do Tribunal de Contas da União que se consolidou como um órgão de controle externo, recebendo conforme os artigos 70 a 73 da Constituição Federal, autonomia e autoridade para apreciar as contas anuais da Presidência da República; julgar as contas dos administradores e responsáveis; realizar auditorias e inspeções e prestar informações ao Congresso Nacional (BRASIL, 1988). O controle público é compreendido também como a participação da sociedade civil organizada em instâncias com a finalidade de exercer o controle sobre o Estado, abrangendo a fiscalização e a formulação de políticas, dentre outras. O controle social é a esfera vertical de controle do Estado, uma vez que é realizada pela sociedade em relação às ações do governo, (CARNEIRO; ELIAS, 2006).

O controle social é entendido, segundo Correia (2007), como a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de monitorá-las para que elas se aproximem cada vez mais, de atender às demandas sociais e aos interesses das classes menos favorecidas.

O controle social não serve somente aos cidadãos, mas também à legitimidade do próprio Estado e como fundamentação de sua existência, (CONCEIÇÃO, 2010). Na visão de Matus (1991), esse tipo de controle não poderá ser enxergado como um engessador do planejamento governamental, mas como um parceiro, que estará no mesmo lado da corda a ser puxada, dosando a puxada para que o cidadão não tenha prejuízos. Para Carvalho (1995, p. 8). “Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”.

Ressaltando como mecanismos de controle social, as conferências e os conselhos, Correia (2007), considera que podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia.

2.3 A auditoria como mecanismo de controle interno

A origem da palavra auditoria vem do latim *audiree* significa “ouvir”. Na língua inglesa esse termo foi traduzido para a palavra *auditing*, e, inicialmente, era usado para designar: “o conjunto de procedimentos técnicos para a revisão dos procedimentos contábeis” (ARAÚJO, 2006, p.13).

Segundo Vilela et al. (2005, p.4) a auditoria “consiste na ação independente de se confrontar uma determinada condição com o critério preestabelecido, que se configura como a situação ideal, para que se possa opinar ou comentar a respeito.”

De acordo com Crepaldi (2010), a auditoria é definida como o levantamento, estudo e avaliação sistemática das transações, procedimentos, operações, rotinas e das demonstrações financeiras de uma entidade, empresa e instituição.

Na área da saúde, Araújo et. al (1978), definem a auditoria como instrumento de administração utilizado na avaliação da qualidade do cuidado, ou seja, é a comparação entre a assistência prestada e os padrões de assistência considerados como aceitáveis.

O seu fundamento na saúde é a própria Lei 8.080/90, afirmando a importância do acompanhamento dos repasses financeiros aos Estados e municípios:

O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei (BRASIL, 1990).

O Sistema Nacional de Auditoria conceitua a auditoria como o exame de maneira sistemática e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 2011).

Santos (1996) ressalta que ao Sistema incumem não apenas a verificação da regularidade das contas, mas também a avaliação de resultados. É um mecanismo de grande importância para acompanhar a atuação dos agentes públicos, sendo necessário a sua organização e sistematização dentro do SUS.

A auditoria interna é realizada por profissionais vinculados à entidade auditada, que além das informações contábeis, preocupam-se também com os aspectos operacionais. Normalmente, a auditoria interna se reporta diretamente à presidência da organização, funcionando como um órgão de assessoramento (ARAÚJO, 2006).

As demandas de auditorias têm diversas origens e é de interesse da sociedade a transparência da administração pública e o retorno das ações do governo aos seus usuários, e segundo Silva (2006) a auditoria operacional é o tipo de auditoria que mais interessa à população, pois é através dela que se buscará a eficiência, a economicidade, a eficácia e a efetividade na execução dos programas governamentais.

Para uma melhor compreensão, Leal (2006, p.13), fez a seguinte conceituação:

Entende-se como economicidade a realização de metas ao custo mais baixo e, se possível, ao custo mínimo. Eficiência é atingir a maior produtividade com o mínimo de insumos, isto é, rendimento sem desperdícios desnecessários. Eficácia é a concretização de metas e objetivos idealizados, com o máximo de economia e maior eficiência, isto é, gastando pouco e sem desperdício de recursos. Efetividade por seu turno é o efeito real das ações convertidas, nos impactos verificados em confronto com os resultados previstos.

A auditoria de natureza operacional é a verificação *in loco* das atividades, procedimentos e condições estruturais (MELO; VAITSMAN, 2008). Esse tipo de auditoria objetiva especificamente a melhoria das operações que estão sendo examinadas, (OLIVEIRA, 1996).

Ainda, conforme Rocha (1990), alguns termos são usados para designar a auditoria operacional, tais como: a auditoria gerencial, auditoria de programas, auditoria de resultados, auditoria interna moderna, dentre outros. Peter e Machado (2007), no Manual de Auditoria Governamental, já explanavam que esse tipo de auditoria contempla um campo de especialização da auditoria voltada para a Administração Pública (direta e indireta),

compreendendo tanto a auditoria interna quanto a externa, envolvendo diretamente o patrimônio e, conseqüentemente, o interesse público.

A auditoria operacional, na concepção de Araújo (2006), é a auditoria que objetiva avaliar o desempenho e a eficácia das operações, os sistemas de informação e de organização, e os métodos de administração; a propriedade, o cumprimento das políticas administrativas além da adequação e a oportunidade das decisões estratégicas por parte da gestão.

As informações operacionais de uma auditoria, ajudam nas tomadas de decisão por parte da gestão, no que tange a orçamentos, implementação de medidas corretivas e supervisão superior, como meio de melhor servir ao público (OLIVEIRA, 1996). As auditorias de gestão podem ser vistas como a revisão e avaliação da qualidade e oportunidade da informação (GRATERON, 1999).

Para evidenciar a diferença da auditoria tradicional da auditoria operacional, Barzelay (2007), afirmou que a auditoria tradicional tem como foco a observação de critérios e regras formais, impedindo ou retificando procedimentos que representam desvios, enquanto que as auditorias operacionais buscam responsabilizar as organizações pelos resultados obtidos, mais do que pelo seu funcionamento. A auditoria operacional é um termo que foi dado por auditores para descrever o trabalho de auditoria que tenha por objetivo específico a melhoria das operações que estão sendo examinadas. Em relação à definição de administração pública, Meireles (2003), afirma de maneira geral, que é todo o aparelhamento do Estado preordenado à realização de seus serviços, visando à satisfação das necessidades do povo, ou seja, necessidades coletivas.

O planejamento de uma auditoria, de maneira geral, é um meio de traçar planos para se atingir um objetivo, considerando os recursos disponíveis, as dificuldades e as oportunidades durante a trajetória. Na auditoria não seria diferente a conceituação de planejamento. Diante disso, Almeida (2007, p.154), afirmou que “planejar significa estabelecer metas para que o serviço de auditoria seja de excelente qualidade e ao menor custo possível”.

Oliveira (2007, p.31.) afirma que “o planejamento requer capacidade de visualizar o futuro, além de criar um esquema integrado, em que a precisão e a finalidade podem facultar ao administrador antever o resultado antes da realização das ações”. Conforme o Ministério da Saúde, Brasil (2011), o planejamento de auditoria em Saúde no Sistema Único de Saúde, é composto das seguintes fases:

1ª Fase: Exame preliminar: tem como objetivo principal a obtenção de elementos necessários à realização da auditoria, como a natureza e características das atividades e/ou elementos que serão auditados e em que áreas eles estão.

2ª Fase: Execução da Auditoria, ou fase operacional: nesta fase, os auditores estarão fazendo as verificações “in loco”, atentando para os elementos já elencados na fase anterior de planejamento.

3ª Fase: Relatório de Auditoria: terminado o trabalho analítico e operativo, na fase de avaliação dos resultados, serão analisadas todas as informações e os dados obtidos durante a auditoria, considerando as evidências objetivas que reforçam as anotações de não conformidade, com o objetivo de evitar contestação do auditado.

Os resultados de uma auditoria operacional são chamados, comumente, de achados, ou seja, por fatos relevantes relatados pelo auditor, baseados em provas irrefutáveis que subsidiarão a conclusão do relatório, que por sua vez tornar-se-á um importante instrumento nas mãos do gestor (OLIVEIRA, 1996). As auditorias operacionais na área de oncologia seguem as Portarias do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004; 2005; 2009) que estabelecem padrões de conformidades dos serviços de oncologia ambulatorial e hospitalar no que se refere a: estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho¹, conforme quadro síntese apêndice A.

Em relação à estrutura física, os principais tópicos auditados são a atualização do alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária local, o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde, a assistência ambulatorial em clínica médica e/ou pediátrica, pronto atendimento 24 horas, serviços de diagnóstico através do laboratório de patologia, diagnóstico por imagem e anatomia patológica, enfermarias, centros cirúrgicos, unidade de terapia intensiva, cuidados paliativos, farmácia hospitalar, hemoterapia, quimioterapia, iodoterapia, radioterapia e transplantes.

Para a questão relevante de recursos humanos, a unidade deverá possuir apoio multidisciplinar com comprovação de inscrição nos respectivos conselhos regionais nas áreas de cancerologia cirúrgica, cirurgia geral/coloproctologia, ginecologia/mastologia, urologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, cirurgia torácica, neurocirurgia, oftalmologia e ortopedia, ter um responsável técnico médico, habilitado em

¹Portaria nº 62 de 11/03/2009 (BRASIL, 2009); Portaria nº 741 de 19/12/2005 (BRASIL, 2005); Portaria nº 2616 de 12/05/1998 (BRASIL, 1998); Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 220 de 21/09/2004 (BRASIL, 2004).

Cancerologia/Cancerologia Cirúrgica, contar como uma equipe de especialistas em radioterapia, físico, hematologia, técnico de radioterapia, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Nos processos de trabalho, foram selecionadas questões como a integração do sistema de referência e contra-referência hierarquizado (SMS, SES e MS), possuir um prontuário único para cada paciente preenchido adequadamente; possuir rotina de funcionamento escrita atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do Serviço, contemplando os procedimentos médicos, farmacêuticos e de enfermagem; manutenção de equipamentos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar como os gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e gerentes das unidades de oncologia sob a gestão estadual têm utilizados os resultados das auditorias operacionais na qualificação da rede de atenção situada no território do Recife no período de 2010 a 2012.

3.2 Específicos

- a) Descrever como os serviços implementam as recomendações das auditorias realizadas na área de oncologia;
- b) Analisar como os gestores da saúde percebem o papel da auditoria e utilizam seus resultados na reestruturação da rede.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho se desenvolveu através de abordagem qualitativa, que segundo Minayo (1996), trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. A pesquisa qualitativa leva em consideração que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo intenso entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser resumido em números, (RODRIGUES, 2010).

Na visão de Tobar e Yalour (2004), algumas características são peculiares da pesquisa qualitativa, tais como a ênfase maior na busca da compreensão do significado do fenômeno do que levantar quantitativos para processá-los em frequências, a flexibilidade do enfoque e o detalhamento dos casos ou fatos com profundidade.

A presente pesquisa foi um estudo de caso, que na visão de Yin (2005), é uma das estratégias de pesquisa, um caminho de investigar um tópico norteado por um conjunto de procedimentos com especificação prévia, uma estratégia de pesquisa abrangente. Tobar e Yalour (2004, p.102) acrescentam que “o propósito é coletar informação abrangente, sistemática e em profundidade sobre casos de interesse”. Um estudo de caso é uma estratégia que permite aprofundar um caso concreto, por meio de técnicas diversas de pesquisa, e consegue uma penetração na realidade social através de um mergulho profundo em um objeto delimitado (GOLDENBERG, 1998, apud RODRIGUES, 2010).

4.2 O cenário da pesquisa

O Estado de Pernambuco é formado por 184 municípios e 01 território. Está dividida em 04 Macrorregiões, tendo suas sedes em Recife (Macro I), Caruaru (Macro II), Petrolina (Macro III) e Serra Talhada (Macro IV) que por sua vez se subdividem em 12 Regiões de Saúde, tendo por capital a cidade do Recife. É na capital que está situado o maior complexo da saúde do Estado, inclusive 06 (seis) dos 09 (nove) serviços de oncologia. Desse universo, 04 (quatro) unidades são da rede pública e 02 (duas) são filantrópicas, estando uma delas sob a intervenção do Estado.

Mapa 2 – Distribuição geográfica das 12 regiões de saúde de Pernambuco



Fonte: SES/PE

4.3 Fontes e principais técnicas de coleta de dados

Foram utilizados como fonte de dados documentos e entrevistas.

Compreende-se por análise documental a investigação em documentos conservados sob a responsabilidade de entidades públicas e privadas (VERGARA, 2007). A análise documental constitui uma técnica importante de pesquisa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Nesse tipo de pesquisa as informações são coletadas a partir dos documentos existentes tais como: leis, portarias, decretos, documentos de arquivos públicos, relatórios de pesquisas, cartas, contratos, diários, biografias, relatos de viagens, fotografias, gravações, filmes e mapas, tendo com principais objetivos a seleção, tratamento, interpretação das informações em estado bruto, buscando extrair valores para as mesmas.

Foram analisados os relatórios das auditorias operacionais realizadas nas unidades de oncologia situadas no município de Recife no período de 2010 a 2012, acessados mediante autorização da Secretaria Estadual de Saúde. Dos relatórios produzidos por equipes diversas de auditores, foi possível encontrar um diagnóstico sobre a situação da unidade em 2010/2011 e a situação após a visita, levando em consideração as conformidades com a legislação vigente preconizada nas Portarias SAS/MS 62 de 11/03/2009, SAS/MS 741 de 19/12/2005 e SAS/MS 2616 de 12/05/1998 bem como as recomendações corretivas aos gestores (BRASIL, 1998, 2005, 2009).

Como definição de entrevista, a posição de Haguette (1997, p. 86), é “[...] um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a

obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Na visão de Bunge (1972) a pesquisa científica tem duas finalidades, isto é, a acumulação e a compreensão dos fatos que foram levantados.

Os tipos de entrevistas científicas são: abertas, estruturadas e semi-estruturadas. Para Minayo (1996), a entrevista aberta é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos. O pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a ótica do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão.

A entrevista estruturada é elaborada mediante questionário totalmente estruturado, ou seja, é aquela onde as perguntas são previamente formuladas e tem-se o cuidado de não fugir a elas. Algumas das principais vantagens de um questionário é que nem sempre é necessário a presença do pesquisador para que o informante responda as questões, podendo ser encaminhado ao entrevistado até pelos correios (BONI; QUARESMA, 2005).

Segundo Tobar e Yalour (2004, p.101), as entrevistas semi-estruturadas “[...] são baseadas no uso de guia de entrevistas, que consta de uma lista de perguntas ou temas que necessitam ser abordados durante as mesmas”. “[...] Assim, serão combinadas perguntas abertas e fechadas, nas quais o informante terá a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto”. Segundo Boni e Quaresma (2005, p.8) “[...] esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados”.

A escolha pela entrevista semi-estruturada se deve ao fato de que os entrevistados estão em posições diferentes no processo de decisão, não sendo possível aplicar exatamente as mesmas perguntas a todos eles flexibilizando as colocações que lhes são peculiares.

Como método de análise foi usado à triangulação, apontada por Duarte (2009), que define como um estudo de combinação de métodos, sendo conhecida quatro tipos de triangulação:

A triangulação metodológica, cujo principal objetivo é a integração de métodos, pois seria a convergência de resultados de investigação, resultados que seriam válidos se conduzissem às mesmas conclusões. Opostamente, os dados contraditórios entre si eram interpretados como sinal de invalidade/refutação de um ou de ambos os métodos usados ou resultados alcançados.

Na triangulação teórica são usadas diferentes teorias para interpretar um conjunto de dados de um estudo, verificando-se a sua utilidade e capacidade.

Na triangulação do investigador, os investigadores recolhem dados independentemente uns dos outros sobre o mesmo fenómeno em estudo e procedem com a comparação de resultados, influenciando sobre os problemas e os resultados da pesquisa.

A triangulação de fonte de dados, que tem por significado a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, e segundo Minayo (2005), permite a interação, crítica intersubjetiva e a comparação. De acordo com Neves (1996), essa triangulação poderá estabelecer ligações entre as descobertas obtidas através de fontes diferentes para fortalecer a validade interna.

O tipo de triangulação escolhida pela pesquisadora foi a de fontes de dados e para facilitar foi elaborado um protocolo de coleta de dados, que segundo Yin (2005), é uma das principais táticas de orientação ao pesquisar e serve para aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso.

Quadro 1 – Protocolo de coleta de dados

OBJETIVOS	OPERACIONALIZAÇÃO	FONTES DE DADOS
1. Analisar como os serviços implementam as recomendações das auditorias realizadas nos serviços de oncologia;	2.1. Analisar os Relatórios de Auditoriadas unidades visitadas; 2.2. Comparar a situação original e a situação encontrada, levando-se em consideração as variáveis: 1. Constatação; 2. Conformidade; 3. Recomendação	Análise documental: 1. Relatórios de Auditorias realizadas; 2. Consulta ao Sistema de Auditoria (SISAUD) Entrevistas semi-estruturadas
2. Analisar como os gestores da saúde percebem o papel da auditoria na reestruturação da rede.	2.1. Realizar entrevista com os gestores envolvidos com questões abertas. Local das entrevistas: Gabinetes dos Secretários, gabinetes dos diretores das unidades entrevistados e sede do Conselho Estadual de Saúde.	-Análise documental: 1. Entrevistas semi-estruturadas

Fonte: Elaborado pela autora

4.4 Sujeitos de estudo

Os sujeitos da pesquisa constituíram uma amostra intencional e heterogênea, selecionados pelos seguintes critérios: fazer parte da relação dos destinatários dos relatórios das auditorias analisadas e ter governabilidade para intervir no processo.

Assim, foram selecionados 06 sujeitos das entrevistas:

- a) Secretário Estadual de Saúde;
- b) Secretários Executivos de Regulação e Assistência à Saúde;
- c) Coordenador da Comissão responsável pela recepção e análise dos relatórios de auditoria do Conselho Estadual de Saúde;
- d) Diretores de 03 das unidades auditadas, levando em consideração os seguintes critérios: Unidade da rede própria sob a governabilidade da gestão estadual, unidade filantrópica, responsável por maior parte dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e unidade de ensino.

- a) Hospital Barão de Lucena (hospital da rede própria);
- b) Hospital do Câncer de Pernambuco (hospital filantrópico);
- c) Hospital Universitário Oswaldo Cruz (hospital de ensino).

Dos gestores internos da SES selecionados, apenas uma das gestoras foi entrevistada, por motivo de choque de agendas dois sujeitos deixaram de ser entrevistados, sendo um deles substituído por um dos diretores da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. Assim, do total previsto de 07 sujeitos a serem entrevistados, apenas 06 entrevistas foram realizadas no período de março a abril de 2013. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela pesquisadora.

4.5 Roteiro das entrevistas

O roteiro foi permeado pelas seguintes questões: entendimento sobre a Política Nacional de Auditoria do SUS; uso do Relatório de Auditoria na implementação das ações dos serviços de oncologia; uso do Relatório de Auditoria como instrumento de gestão. Em relação às perguntas aplicadas aos sujeitos, foram divididas em 03 grupos levando em consideração a posição do sujeito nas instâncias decisórias;

Grupo 1: Secretária Executiva de Regulação em Saúde e Diretor Geral de Monitoramento das ações do SUS a partir do seguinte roteiro:

- 1) Como o senhor avalia a atual política nacional de auditoria no SUS e seus reflexos na esfera estadual?
- 2) Que avaliação o senhor faz do Relatório de Auditoria como instrumento de gestão?
- 3) Como o senhor tem utilizado o Relatório de Auditoria para a qualificação da rede de oncologia?
- 4) Na sua avaliação, quais seriam as principais dificuldades ou entraves para implementação das recomendações no âmbito da oncologia?
- 5) Como a gestão monitora a implementação das recomendações pelos serviços?

Grupo 2: Coordenador da Comissão responsável pela recepção e análise dos relatórios de auditoria do Conselho Estadual de Saúde, a partir do seguinte roteiro:

- 1) Como o senhor avalia a atual política nacional de auditoria no SUS e seus reflexos na esfera estadual?
- 2) Como o Conselho tem discutido a atual Política de Auditoria?
- 3) Qual a compreensão que o senhor tem sobre auditoria?
- 4) Como o conselho tem discutido o Relatório de Auditoria?
- 5) O Conselho tem acompanhado a implementação das auditorias nos serviços?
- 6) Como se dá esse acompanhamento?

Grupo 3: Diretores de três unidades auditadas: 01 unidade filantrópica, 01 unidade própria e 01 unidade de ensino, a partir do seguinte roteiro:

- 1) Como o senhor avalia a atual política nacional de auditoria no SUS e seus reflexos na esfera estadual?
- 2) Qual a compreensão que o senhor tem sobre auditoria?
- 3) Como o senhor tem acompanhado a implementação das recomendações da auditoria na sua unidade?
- 4) Na sua avaliação, quais foram os principais entraves para a não implementação de parte das recomendações das auditorias?

4.6 Análise dos dados

4.6.1 Matriz de análise documental

Os dados coletados provenientes da análise documental, constantes nos relatórios de auditoria subsidiaram a matriz de análise documental, quadro 2, evidenciando as variáveis que foram analisadas, assim definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011):

- a) Constatação: é o que conseguimos afirmar em decorrência das evidências, podendo está em conformidade ou não às normas e portarias do SUS;
- b) Conformidade: é a adequação às normas preconizadas na legislação pertinente;
- c) Recomendações: orientação ao responsável para sanar uma não conformidade de acordo com a legislação pertinente.

Quadro 2 – Matriz de análise documental

COD.	UNIDADES	2010 – 2011 (1ª VISITA)			2012 (2ª VISITA)		
		CONST.	CONFORM	RECOMEND	CONST.	CONFORM.	RECOMEND
1	A	Percepção do auditor	SIM = A recomendação foi atendida; NÃO = A recomendação não foi atendida.	Orientação ao gestor responsável em caso da não conform.	Repetir a constatação não conforme na 1ª visita.	SIM = A recomendação foi atendida; NÃO = A recomendação não foi atendida.	Se não estiver conforme depois das 02 visitas.
2	B						
3	C						

Fonte: Elaborada pela autora

4.6.2 Análise das entrevistas

Os dados provenientes das entrevistas foram analisados a partir da condensação de significados que visa transformar textos longos em textos mais breves que preservem o que foi dito, parafraseando-os. O pesquisador busca as unidades naturais ou os núcleos de sentido no texto transcrito. As unidades naturais são textos sintéticos que contêm as idéias centrais em formato condensado (KVALE, 1996 apud ALBUQUERQUE, 2011).

Para organização e análise das entrevistas foram realizadas as seguintes atividades:

- 1) Leituras cuidadosas e exaustivas das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo.
- 2) Identificação das unidades de significados naturais conforme expressas pelos sujeitos.
- 3) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível, construídos a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista.
- 4) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo.
- 5) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa.

Dessa forma, a operacionalização da análise englobou descrição, sistematização, comparação e interpretação dos aspectos considerados significativos em todo material coletado, articulando-se o referencial teórico e os achados analíticos construídos na pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, com registro CEP/CPqAM/FIOCRUZ sob o nº 40/12 e C.A.A.E nº 11075212.6.0000.5190, por se tratar de um estudo que envolveu seres humanos, na medida em que diferentes atores sociais foram submetidos a entrevistas. Vale salientar que as entrevistas somente foram realizadas, mediante o acordo prévio com cada entrevistado, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

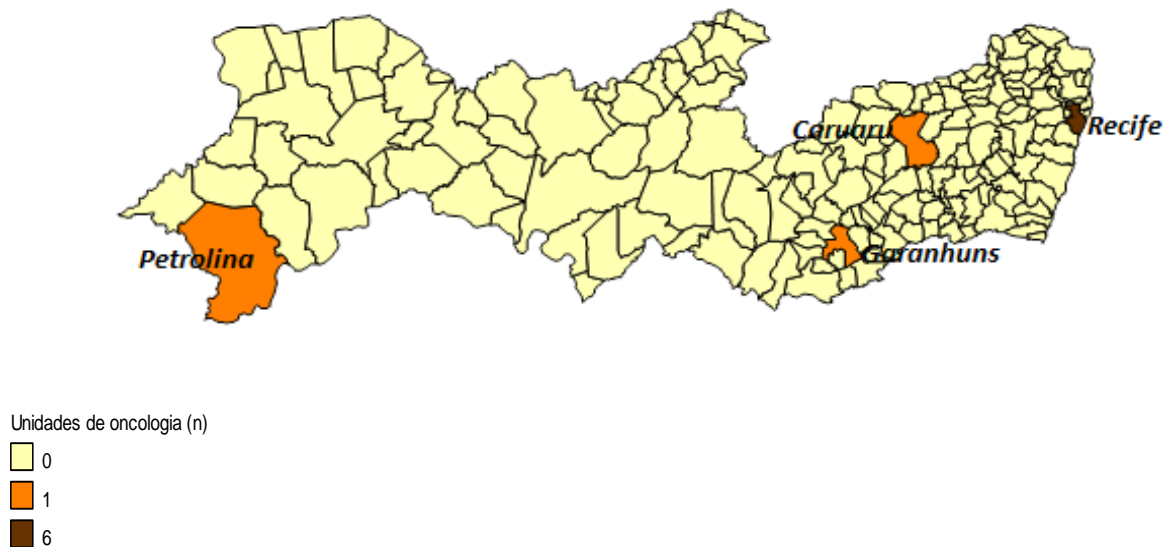
Assim, o estudo respeitou os princípios éticos para pesquisas que envolvem seres humanos de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução nº. 196. Diário Oficial da União 1996, 10 de outubro. Para todos os entrevistados, foi conservado o anonimato e utilizado um processo de codificação para análise e apresentação dos dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 A rede de oncologia em Pernambuco

O Estado de Pernambuco tem uma rede hospitalar referenciada para oncologia composta por nove (09) unidades hospitalares, sendo seis (06) delas situadas no município de Recife, capital do Estado e as outras três (03) nos municípios de Caruaru, Petrolina e Garanhuns. Do ponto de vista da acessibilidade geográfica, Donabedian (1973), afirma que envolve as características relacionadas à distância e ao tempo necessário para alcançar e obter os serviços, podendo ser analisada através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários. A densa concentração da rede de oncologia na capital dificulta o acesso da população aos serviços, uma vez que alguns usuários percorrem mais de 800 km para receber algum tipo de tratamento, o que pode contribuir para o avanço no estadiamento da doença (Mapa1).

Mapa 1 - Distribuição Geográfica das unidades de oncologia em Pernambuco (2012)



Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações SIA e SIH/2012

As seis (06) unidades hospitalares de oncologia situadas em Recife, correspondem a quase 70% do serviço referenciado em toda rede do Estado, sendo elas: o Hospital Barão de Lucena; a Fundação HEMOPE; o Hospital das Clínicas; o Hospital do Câncer de Pernambuco; o Hospital Universitário Oswaldo Cruz e o IMIP.

O Hospital Barão de Lucena é uma unidade da rede própria, inaugurado em 1958 sob gestão estadual desde 1992. Atualmente possui 310 leitos para as várias especialidades que atende entre elas pediatria, obstetrícia (alto risco) e ginecologia. Para oncologia, a unidade possui apenas dez (10) leitos, realizou no período de 2010 a 2012 um total de 2.628 internações e 51.601 procedimentos ambulatoriais. Em termos de valores pagos constatou-se que obteve pouco mais de R\$ 14.562.000,00 (Quatorze milhões, quinhentos e sessenta e dois mil reais), dos quais 80% são de procedimentos ambulatoriais. Entretanto o faturamento de oncologia representa apenas 16% do faturamento geral da unidade (Quadro 4).

O Hospital das Clínicas (HC) é uma unidade de ensino, vinculada à Universidade Federal de Pernambuco que tem como objetivo oferecer atendimento médico e hospitalar à população nas mais diversas áreas além de receber centenas de estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia, serviço social e outros, todos os anos, é referência para a rede estadual em obstetrícia (alto risco) e ginecologia. No entanto, apesar de fazer parte da referência na rede estadual de saúde, o HC não está subordinado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, como órgão suplementar, é ligado diretamente a Reitoria da UFPE, para efeito de supervisão e controle administrativo. A unidade de saúde possui 405 leitos para as várias especialidades, destes apenas 04 estão destinados à oncologia. No período de 2010 a 2012, o HC realizou 4.294 internações e 34.538 procedimentos ambulatoriais em oncologia. O total de faturamento com oncologia foi de R\$ 22.571.617,00 (vinte e dois milhões, quinhentos e setenta e um mil, seiscentos e dezessete reais), dos quais 75% são oriundos dos procedimentos ambulatoriais. Embora tenha apenas 4% do total dos leitos oncológicos, essa especialidade representa 30% do faturamento geral da unidade, conforme Quadro 4.

A Fundação HEMOPE, foi criada em 25 de novembro de 1977, é uma organização de caráter científico, educacional e assistencial, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e atua nas áreas de hematologia, hemoterapia, produção de hemoderivados, ensino e pesquisa sendo a sua referência o tratamento das doenças hematológicas.

Possui um total de sessenta e quatro (64) leitos e no período analisado disponibilizava seis (06) em oncologia². A Fundação HEMOPE realizou entre 2010 e 2012 1.111 internações e 19.259 procedimentos oncológicos. Teve um faturamento de R\$ 25.294.000,00 (Vinte e cinco milhões, duzentos e noventa e quatro mil reais), destes 95% são de procedimentos

²A partir de 2012 esses leitos foram desativados.

ambulatoriais. Nesses três últimos anos, a oncologia representou 26% do faturamento geral da unidade.

O Hospital Universitário Osvaldo Cruz (HUOC) é referência regional nos serviços de cardiologia, cirurgia videolaparoscópica, litotripsia intra-corpórea, pneumologia, oncologia, doenças infecto-parasitárias e cirurgias de transplante de fígado e isolamento adulto e infantil. Caracteriza-se como um hospital de ensino, subordinado a Secretaria de Ciências e Tecnologia de Pernambuco, apesar de fazer parte da rede de assistência da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.

O hospital possui cadastrados 407 leitos para atender as várias especialidades. Para oncologia a oferta é de 90 leitos clínicos e cirúrgicos. No período de 2010 a 2012, a unidade realizou em oncologia 11.536 internações e 148.526 procedimentos ambulatoriais. Seu faturamento no período foi de R\$ 69.529.116,00 (Sessenta e nove milhões, quinhentos e vinte e nove mil, cento e dezesseis reais), dos quais 75% correspondem ao faturamento de procedimentos ambulatoriais. É interessante ressaltar que no caso do HUOC, a oncologia responde por 56% do faturamento geral da unidade (Quadro 4).

O Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, fundado em 1960 por um grupo de médicos liderados pelo Professor Fernando Figueira, é uma entidade filantrópica, que atua nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária e a sua referência na rede estadual de saúde é obstetrícia (alto-risco), ginecologia e pediatria.

Atualmente se configura como um complexo hospitalar como um conjunto de dez prédios, incluindo o Hospital Pedro II, distribuídos numa área de 53 mil m² que oferece, através do SUS, serviços ambulatoriais e hospitalares, especializados para crianças, mulheres e homens, com centro de diagnóstico e medicina intervencionista próprios, hospital-dia, emergências e salas para realização de diferentes terapias.

O IMIP tem cadastrado 1047 leitos para atender a todas as suas especialidades. Para oncologia são destinados 88 leitos, ocupando o 3º lugar em oferta. No período de 2010 a 2012 realizou em oncologia 22.864 internações e 364.919 procedimentos ambulatoriais. Seu faturamento correspondeu no período estudado a R\$ 86.007.158,00 (Oitenta e seis milhões, sete mil, cento e cinquenta e oito reais), destes 59% com procedimentos ambulatoriais. A oncologia representa 28% do faturamento geral da unidade, conforme Quadro 4.

O Hospital de Câncer de Pernambuco foi fundado em novembro de 1945 já com o objetivo de ser uma instituição de saúde de direito privado, sem fins lucrativos e de reconhecida utilidade pública. É referência no seu campo de atuação no Norte e Nordeste do

Brasil, exercendo atividades de ensino e pesquisa médica-oncológica, prevenção, diagnóstico e tratamento especializado de pacientes portadores de câncer. A unidade tem enfrentado uma crise financeira e vem sofrendo a intervenção da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco desde 2007.

O HCP é o maior hospital em oferta de leitos em oncologia, do seu total de 222 leitos 85% são destinados a pacientes com câncer e 15% para pacientes crônicos, inclusive de oncologia. No período estudado realizou 21.403 internações e 434.748 procedimentos ambulatoriais. Seu faturamento em oncologia foi de R\$74.942.806,00 (Setenta e quatro milhões, novecentos e quarenta e dois mil, oitocentos e seis reais), dos quais 62% com procedimentos ambulatoriais. Seu faturamento em oncologia representa 85% do faturamento geral (Quadro 4).

6.2 Os gastos com oncologia

As neoplasias ocupam o 3º lugar como causa de mortes em Pernambuco e os gastos em oncologia no período de 2010-2012 tiveram um incremento de 20%. Nesse processo, os procedimentos ambulatoriais, quimioterapia, radioterapia, exames de acompanhamento, cuidados paliativos foram 2,2 vezes maiores que os gastos com internação.

As unidades estudadas, Hospital Barão de Lucena e Fundação HEMOPE (rede própria), Hospital das Clínicas e Hospital Universitário Oswaldo Cruz (ensino) Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP e Hospital do Câncer de Pernambuco (filantrópico) foram responsáveis por cerca de R\$ 293.000.000,00 (Duzentos e noventa e três milhões de reais) dos gastos nas áreas ambulatorial e hospitalar, equivalendo a 68% do faturamento geral das unidades e realizando um milhão, cento e dezesseis mil, trezentos e dezesseis (1.116.316) procedimentos, no período analisado.

De acordo com os Sistemas de Informações hospitalares e ambulatoriais³, foi verificado que unidade que apresentou o maior faturamento foi o IMIP, tendo uma representação no período estudado de 28% do faturamento hospitalar e ambulatorial (Quadro 4).

³ Segundo Mendes (2000) o (SIH) é caracterizado como um modelo de financiamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e tendo uma base de cálculo pré-definida e de informações, e o ambulatorial (SIA) o qual visa o registro dos atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA).

Quadro 3 - Valores absolutos e percentuais pagos (em reais) da produção geral e em oncologia dos hospitais em estudo. Recife, 2010-2012

UNIDADES	ANO	FATURAMENTO		%
		GERAL	ONCOLOGIA	
HLB				
	2010	24.433.237,00	4.685.149,00	19,18
	2011	28.805.223,00	4.523.774,00	15,70
	2012	34.274.362,00	5.353.941,00	15,62
TOTAL		87.512.822,00	14.562.864,00	16,64
HC				
	2010	24.293.683,00	6.928.116,00	28,52
	2011	24.154.559,00	6.964.098,00	28,83
	2012	26.936.522,00	8.679.402,00	32,22
TOTAL		75.384.764,00	22.571.616,00	29,94
IMIP				
	2010	86.987.250,00	23.232.452,00	26,71
	2011	102.181.153,00	29.487.737,00	28,86
	2012	117.784.332,00	33.286.969,00	28,26
TOTAL		306.952.735,00	86.007.158,00	28,02
HUOC				
	2010	40.069.681,00	21.546.904,00	53,77
	2011	40.937.846,00	24.110.752,00	58,90
	2012	42.533.632,00	23.471.860,00	55,18
TOTAL		123.541.159,00	69.129.516,00	55,96
HCP				
	2010	26.027.110,00	21.761.399,00	83,61
	2011	29.470.490,00	24.806.040,00	84,17
	2012	33.031.907,00	28.375.367,00	85,90
TOTAL		88.529.507,00	74.942.806,00	84,65
HEMOPE				
	2010	34.459.778,00	10.955.212,00	31,79
	2011	30.387.312,00	6.769.955,00	22,28
	2012	33.271.968,00	7.568.911,00	22,75
TOTAL		98.119.058,00	25.294.078,00	25,78

Fonte: Elaborado pela autoria a partir dos dados do SIA e SIH, 2012

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)⁴, as unidades hospitalares analisadas possuem um total de 2.455 leitos distribuídos em diversas especialidades, destes 350 entre clínicos e cirúrgicos são de oncologia. A unidade com maior oferta de leitos de oncologia é o Hospital do Câncer de Pernambuco com 45% do total de leitos, seguido pelo Hospital Universitário Oswaldo Cruz (25%). A relação entre leitos e internações não é diretamente proporcional, pois o segundo hospital em ofertas de leitos (HUOC) é responsável apenas por 18% do número total das internações em oncologia dos últimos três anos (Tabela 2).

⁴O CNES visa disponibilizar informações das atuais condições de infra-estrutura de funcionamento dos Estabelecimentos de Saúde em todas as esferas, ou seja, - Federal, Estadual e Municipal.

Tabela 2 - Distribuição dos leitos e internações em oncologia e peso relativo das internações por estabelecimento de saúde Recife – 2010 - 2012

Estabelecimento	Número de leitos	Número de Internações	% Internações
HC	4	4.294	6,73
IMIP	88	22.864	35,8 2
HUOC	90	11.536	18,0 7
HCP	158	21.403	33,5 3
HEMOPE	0	1.111	1,74
HBL	10	2.628	4,12
Total	350	63.836	100

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações CNES e SIH/2012

Ao se comparar o faturamento das unidades no ano de 2010 e 2012, pode-se observar que a Fundação HEMOPE apresentou um decréscimo no faturamento, principalmente na parte hospitalar, chegando em 2012 a quase metade do alcançado em 2010. Isso se deve a readequação da unidade que se restringiu ao tratamento de doenças hematológicas, sendo retirados todos os seus leitos de oncologia. Por outro lado, o IMIP apresentou uma queda no número de procedimentos ambulatoriais, embora tenha tido um incremento de 34,33% nos valores pagos (Tabela 3), o que significa dizer que capturou os procedimentos de maior custo. Apresentou ainda um crescimento no número de internações de 51,42% e um incremento nos valores pagos de 57,60% (Tabelas 4).

Tabela 3 – Incremento da produção ambulatorial e dos valores pagos em oncologia por unidade - Recife – 2010 e 2012

	Estabelecimento	2010		2012		% INCREMENTO	
		Produção	Valor	Produção	Valor	Produção	Valor
AMBULATORIO	HC	12.161	5.199.276,99	12.011	6.651.805,85	(1)	27,94
	IMIP	118.133	14.296.279,49	115.930	19.203.906,70	(2)	34,33
	HUOC	46.401	16.470.781,98	53.084	17.821.675,04	14	8,20
	HCP	161.520	13.019.719,92	138.078	17.515.479,14	(15)	34,53
	HEMOPE	5.830	10.409.161,43	6.538	7.308.467,22	12	(29,79)
	HBL	17.175	3.669.652,85	19.349	4.299.417,46	13	17,16
Total		361.220	63.064.872,66	344.990	72.800.751,41	22	92,37

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Sistemas de Informações CNES e SIH/2012

Tabela 4 – Incremento da produção em internações em oncologia e valores pagos por unidade - Recife – 2010 e 2012

	Estabelecimento	2010		2012		% INCREMENTO	
		Produção	Valor (R\$)	Produção	Valor (R\$)	Produção	Valor
INTERNAÇÃO	HC	1365	1.728.839,08	1440	2.027.596,33	5,49	17,28
	IMIP	5745	8.936.172,40	8699	14.083.062,07	51,42	57,60
	HUOC	3667	5.076.122,20	3764	5.650.185,15	2,65	11,31
	HCP	6907	8.741.679,51	7655	10.859.887,55	10,83	24,23
	HEMOPE	329	546.050,39	386	260.444,04	17,33	(52,30)
	HBL	994	1.015.496,05	912	1.054.523,52	(8,25)	3,84
Total		19.007	26.044.359,63	22.856	33.935.698,66	79	61,96

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos dados do SIH, 2012

6.3 O processo de auditoria

Os resultados das auditorias realizadas no período de estudo, serão apresentados inicialmente em relação ao total das conformidades ou inconformidades. Segundo descrito na metodologia, considera-se conformidade quando os itens que compõem o serviço que está sendo auditado estão funcionando de acordo com a preconização das portarias que os regulamenta, quando isso não é constatado, considera-se uma inconformidade.

Em um segundo momento, cada hospital será analisado em função do item auditado. Por fim, faremos uma abordagem da compreensão das entrevistas em relação às auditorias operacionais realizadas.

Nos anos de 2010 e 2011 foram programadas e realizadas nove (09) auditorias operacionais nas unidades hospitalares que compõem a rede de oncologia do Estado de Pernambuco, objetivando verificar a qualidade do serviço que estava sendo prestado aos usuários do SUS.

A auditoria operacional, na concepção de Araújo (2006), objetiva avaliar o desempenho e a eficácia das operações, os sistemas de informação e de organização, e os métodos de administração; a propriedade, o cumprimento das políticas administrativas além da adequação e a oportunidade das decisões estratégicas por parte da gestão.

Conforme os protocolos expressos nas Portarias da Secretaria de Assistência à Saúde/Ministério da Saúde, nº 741 de 19 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2005) e a Portaria nº 62 de 11 de março de 2009 (BRASIL/2009) pode-se observar que as unidades que apresentaram menor percentual de conformidade foram os hospitais universitários (HUOC e HC). Os aspectos de maior inconformidade dizem respeito à estrutura física e aos recursos humanos. A maioria das recomendações para adequações nessas áreas, para serem atendidas necessitam mais que uma organização interna administrativa, pois envolvem recursos financeiros e vontade política de resolvê-las, como a contratação, qualificação de recursos humanos e a consolidação de uma política de gestão do trabalho para o SUS.

Conforme analisa Souza (2009) a gestão do trabalho em saúde é um tema que diz respeito à formulação das políticas de pessoal, as rotinas de trabalho dos funcionários do “setor de recursos humanos”, a estrutura de pessoal da organização. A força de trabalho em saúde representa um gargalo para a gestão do SUS, a política de pessoal não é articulada com as políticas de saúde, gerando insuficiência na quantidade e na qualificação de profissionais na rede pública. Em uma mesma organização, coexistem diferentes jornadas, salários e vínculos de trabalho, condições de trabalho precárias, gerando desmotivação e o descompromisso de muitos trabalhadores para com o SUS.

Assim, compreende-se que política dos recursos humanos tem sido um desafio a gestão, enquanto se reconhece como base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de saúde disponíveis para a população (BRASIL, 2005), também é notório a desvalorização e a precarização dos vínculos desse “exército do SUS” (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2012).

Quadro 4 – Síntese de percentual de conformidade por unidade de saúde na 1ª e 2ª visita de auditoria operacional, (Pernambuco, 2010-2012)

UNIDADES	SITUAÇÃO	%APROVAÇÃO *			
		1ª VISITA	ANO	2ª VISITA	ANO
Hosp.B.Lucena	Rede própria	71	2011	95	2012
H.Clinicas	H.Ensino	63	2011	66	2012
HEMOPE	Rede própria	100	2010	100	2012
H.Oswaldo Cruz	H.Ensino	37	2010	49	2012
IMIP	Filantrópico	73	2010	97	2012
H.Câncer	Filantrópico	77	2010	89	2012

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos relatórios de auditorias

*Nota: Para os cálculos acima, foram consideradas o nº de conformidade/nº de constatações.

Conforme demonstra o relato de um dos entrevistados, gestor de uma unidade universitária há fragilidades na oncologia dos hospitais de ensino. Porém, as próprias características de unidade de formação de recursos humanos para a saúde, com um corpo docente instituído possibilita a permanência de alguns serviços que ainda se destacam, a exemplo do serviço em oncologia pediátrica:

“[...] nem tudo é negativo, pois temos uma referência muito boa em oncologia pediátrica, apesar de necessitarmos de mais enfermarias, recursos humanos, a nossa oncologia pediátrica tem funcionado bem” (entrevistado 3).

De acordo com os relatórios de auditoria, o Hospital do Câncer apresentou um incremento de 12% de adequações entre a 1ª e a 2ª visita. Entretanto os ajustes se concentraram em atividades burocráticas, tais como: a definição do responsável técnico pelo serviço de oncologia cirúrgica; a apresentação do contrato de prestação de serviços com o Laboratório Hamilton de Souza Leão LTDA; a apresentação da rotina de funcionamento do serviço de cirurgia oncológica.

No entanto, aquelas que dependiam de algum dispêndio financeiro para sua implementação permaneceram inconformes, por exemplo: a inadequação da estrutura física referente a área destinada ao pronto atendimento de urgência; ausência de núcleo de atividades para assistência aos pacientes ostomizados.

De acordo com o gestor entrevistado, a unidade passou por uma grande crise financeira com déficit orçamentário de R\$ 40.000.000,00, provocando uma intervenção do Estado desde 2007.

“[...] porque a nossa principal fonte de recursos é o repasse da nossa produção pelo SUS e o restante é proveniente de recursos do tesouro do Estado de Pernambuco e também de doações” (entrevistado 4).

Apesar dos hospitais filantrópicos terem relevante importância e participação fundamental no SUS, pois conforme analisa Farias et al. (2011), os mesmos são responsáveis por 60% dos recursos financeiros das internações hospitalares do SUS e têm tido um crescimento médio do valor das internações e benefícios fiscais. Entretanto, como os prestadores filantrópicos não são um grupo homogêneo, alguns, a exemplo do Hospital do Câncer, sofrem crises determinadas por fatores relacionados à política de financiamento, ao perfil assistencial, à gestão e ao processo de inserção no sistema de saúde.

Mas, de forma geral, como destaca Bahia (2008), os hospitais filantrópicos são priorizados na modalidade de convênio, além de serem historicamente objeto de proteção fiscal. Para a autora, no caso desses hospitais as políticas públicas abrangeram três modalidades de apoio: a flexibilização dos percentuais obrigatórios de ocupação dos leitos para o atendimento ao SUS condicionado ao certificado como hospital filantrópico,⁵ a abertura de linhas de crédito e o aporte adicional de recursos para o financiamento das dívidas com o governo e fornecedores. Na atualidade houve inclusive alterações nos critérios de certificação de filantropia que têm credenciado e incentivado unidades filantrópicas a liderarem pesquisas e programas de capacitação em gestão “de interesse público”.⁶

O IMIP foi uma das unidades que na 1ª visita tinha inconformidades em todas as áreas, mas que no segundo momento foi a que mais tinha implementado as recomendações da auditoria, dando um salto de aprovação de 73% para 97% conforme o Quadro 5. No atendimento às recomendações pode-se observar a apresentação das escalas de profissionais médicos e de enfermagem completas, a reorganização do carro de parada cardiorespiratória nas salas de aplicação de quimioterapia adulto, a comprovação da manutenção da cabine de fluxo laminar e a informatização do Registro Hospitalar de Câncer (RHC).

O fato de a unidade ser regida pelo Direito Privado, não estar subordinada à legislação que preconiza a licitação para os órgãos públicos, ter crescido em número de atendimento e faturamento nos últimos três (03) anos, colaborou para a implementação das recomendações dos relatórios das auditorias.

Por outro lado, o relato abaixo ressalta as dificuldades das unidades públicas em relação à falta de governabilidade da gestão hospitalar, sobretudo no que tange a questão de recursos humanos:

⁵Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009.

⁶Decreto nº 7.237 de 20 de julho de 2010.

“[...] nós não somos autônomos ao ponto de contratar, de fazer concursos a gente tem que pedir isso ao Estado,tem que recorrer ao Estado” (entrevistado 3).

Já o Hospital Barão de Lucena demonstrou um crescimento bem relevante em índice de aprovação na ordem de 95% entre a 1ª e a 2ª visita. Itens como a falta de comprovação da qualificação da equipe técnica diagnosticada no 1º momento, foi resolvida na segunda visita, assim como a implementação do serviço de endoscopia urológica foi um ganho para o usuário. No entanto, para o gestor entrevistado a não implementação de 100% das recomendações deveu-se à falta de governabilidade de gestão financeira e de contratação de recursos humanos.

6.3.1 Estrutura física

Na segunda visita da auditoria, num intervalo aproximado de dezoito (18) meses após a 1ª visita, verificou-se que em relação à **estrutura física**, permaneceram doze (12) inconformidades não sanadas das vinte e seis (26) encontradas anteriormente em 05 (cinco) unidades de saúde, sendo que as unidades que sinalizaram a prevalência do maior número de inconformidades foram os hospitais de ensino, com nove (09) das doze (12) não conformidades apontadas.

No Hospital das Clínicas, continuou como inconforme a não realização da revisão semestral na cabine de fluxo laminar; o pronto-atendimento de urgência aos pacientes atendidos ambulatorialmente não funciona 24 horas; a inoperabilidade do serviço de ressonância magnética da unidade e a estrutura física e mobiliária disponível nas enfermarias encontrava-se em precário estado de conservação.

No Hospital Universitário Oswaldo Cruz, apesar de apresentar estrutura física e de mobiliário adequada, o funcionamento o serviço de oncologia hematológica ainda permanecia inativo. Na ala do serviço de pediatria oncológica clínica e cirúrgica pode-se observar que todo andar encontrava-se desativado. A cabine de fluxo laminar encontrava-se com a revisão periódica em atraso e a sala de quimioterapia adulto funcionava precariamente e de forma provisória.

Para o gestor entrevistado da referida as questões relacionadas a infra-estrutura estão vinculadas a falta de autonomia financeira e de investimentos conforme demonstra os relatos a seguir:

[...] A nossa estrutura física apresenta algumas inadequações principalmente na área de UTI e outras áreas, enfermaria também, isso é coisa que necessita de reforma desses ambientes e que requer verba, requer dinheiro. [...] Então algumas

inadequações nossas são por culpa do próprio Estado, porque o Estado não atende para as reformas. O Estado não atende quando a gente necessita verba para melhorar os serviços, equipar os serviços e também para os concursos (entrevistado 3).

Ao entrevistar o nível central da SES, pode-se observar um reconhecimento das questões relacionadas à estrutura física destacadas pelos gestores das unidades de saúde. No entanto, ficou evidente a ausência de um plano de manutenção e adequação das referidas unidades:

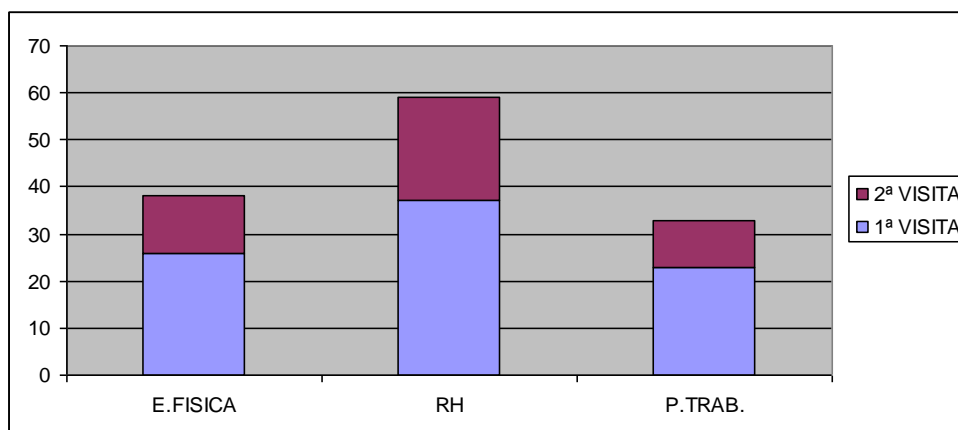
Nós temos dentre os entraves apontados a questão da estrutura física. Isso é um problema das nossas unidades hospitalares [...]. Então adequar essas estruturas para um serviço, é sempre uma problemática, mas não que há uma impossibilidade, há uma dificuldade porque as estruturas são estruturas antigas que ai precisam ter uma readequação grande (entrevistado 5).

De forma geral, os achados indicam que a estrutura física ocupou o 2º lugar nas inconformidades encontradas nas duas auditorias, e que apenas pouco mais da metade das inconformidades foram sanadas entre as (02) visitas. Destacou-se, porém, o IMIP que implementou todas as SEIS (06) recomendações da auditoria no que diz respeito a estrutura física.

6.3.2 Recursos Humanos

A área de recursos humanos ocupou o primeiro lugar no número de inconformidades encontradas, das trinta e sete (37) inconformidades apontadas na 1ª visita, em relação a não comprovação da qualificação e ao número dos **recursos humanos**, vinte e duas (22) não apresentaram alterações (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Inconformidades encontradas na 1ª e 2ª visita da auditoria



Fonte: Pernambuco/Sisaud

É importante salientar que com relação a recursos humanos, o Hospital Universitário Oswaldo Cruz apresentou o maior número de inconformidades (11) seguido pelo Hospital das Clínicas (07).

Dentre as inconformidades encontradas no relatório de auditoria (PERNAMBUCO, 2012), destaca-se que o HUOC não forneceu relação dos responsáveis técnicos pelos serviços habilitados na UNACON; não apresentou a relação de profissionais de apoio multidisciplinar para as áreas de enfermagem, farmácia, psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, odontologia e psiquiatria; insuficiência no quadro de profissionais de enfermagem para cobertura dos setores na assistência de enfermagem e a UNACON não dispõe de equipe para cuidados de ostomizados.

No Hospital das Clínicas não possuía profissionais de apoio multidisciplinar para o serviço de cuidados aos pacientes ostomizados da UNACON; não foram apresentados os registros da especialidade no Conselho Regional de Medicina de Pernambuco; o Serviço de Medicina Nuclear conta com responsável técnico, no entanto não forneceu documentação comprobatória de habilitação para o desempenho da função.

A colocação dos entrevistados abaixo ratifica as dificuldades que se tem em relação à política de recursos humanos na área da saúde:

A questão de recursos humanos que tem sido um problema no SUS, principalmente se tratarmos do médico, a classe médica então onde há concentração de especialidade em algumas áreas tem dificultado a contratação de profissionais (entrevistado 5).

[...] quando se trata de recursos humanos é uma política que é mais nacional e também de âmbito estadual, mas o Secretário Estadual de Saúde tem investido nessa força de trabalho por meio da Secretaria Executiva de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde, e tem ampliado o nº de vagas em residência [...] (entrevistado 6).

As unidades que mais atenderam as recomendações em relação às adequações em recursos humanos foram o IMIP com oito (08) inconformidades na 1ª visita e apenas uma (01) na 2ª visita, seguido pelo Hospital Barão de Lucena de seis (06) inconformidades na 1ª visita e nenhuma inconformidade na 2ª visita.

O HBL apresentou na 1ª visita as inconformidades abaixo relacionadas, sendo todas elas atendidas no intervalo das duas visitas:

O HBL não forneceu na totalidade cópia dos diplomas dos profissionais médicos e documentos referentes às especializações dos mesmos em oncologia e relação dos anestesiológicos em atividade na UNACON; não apresentação do documento de especialização em cancerologia cirúrgica para o responsável técnico pelo serviço de oncologia cirúrgica; o não fornecimento da documentação de habilitação em oncologia para o médico

cirurgião responsável técnico da UNACON; o serviço de Oncologia Clínica do HBL conta com responsável técnico sem o registro desta especialização no CREMEPE e o HBL não disponibiliza médico oncologista clínico na unidade durante todo o período das aplicações de quimioterapia.

No IMIP, por ocasião da 1ª visita foram encontradas as inconformidades abaixo elencadas, permanecendo apenas uma sem implementação da recomendação:

O IMIP fornecia apoio multidisciplinar nas áreas de psicologia, serviço social, nutrição, fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, psiquiatria e terapia renal substitutiva, contudo não contempla os cuidados de ostomizados; não apresentou documento de especialização em cancerologia cirúrgica para o responsável técnico pelo serviço de oncologia cirúrgica; não apresentou relação dos anestesiólogistas em atividade na UNACON; apresentou as escalas de atividades médicas divergentes quando comparadas com a relação de profissionais médicos atuantes na UNACON; não apresentou a habilitação em oncologia para todos os médicos atuantes na UNACON (não implementada); apresentou escalas médicas em desacordo com a legislação; apresentou as escalas de atividades da enfermagem sem constar os números do conselhos de classe e a responsável técnica pelo serviço de hematologia do IMIP não apresentou registro de inscrição no CREMEPE.

Em relação às dificuldades apresentadas no enfrentamento das pendências relativas a recursos humanos, é provável que a pouca prioridade dada à política de gestão de pessoas para o SUS, em particular nos anos 90, como destaca Medeiros (2011), venha refletindo na escassa articulação entre a força de trabalho e as necessidades de saúde da população, tanto quantitativa quanto qualitativamente (SOUZA, 2009).

6.3.3 Processo de trabalho

O 3º lugar das inconformidades encontradas refere-se ao **processo de trabalho**, das 23 relacionadas nos relatórios de auditoria na 1ª visita, dez (10) delas permaneceram sem implementação, 05 (cinco) foram do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, três (03) no Hospital das Clínicas e duas (02) no Hospital Barão de Lucena conforme visto anteriormente no gráfico 4.

Dentre as inconformidades no processo de trabalho no HUOC, destacamos: a não apresentação das escalas de atividades dos profissionais médicos da UNACON referente aos meses de março, abril e maio de 2012; a implantação das comissões de revisão de prontuários, de controle de infecção hospitalar - CCIH e de ética sem documentos comprobatórios que

evidenciem o funcionamento efetivos de tais comissões; a não apresentação de instrumento escrito com condutas de diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais prevalentes no Brasil e a não apresentação da rotina de funcionamento do serviço de cirurgia oncológica.

O HBL apresentou plano incompleto de assistência destinada aos cuidados paliativos em pacientes oncológicos e não apresentou rotina de funcionamento do serviço de cirurgia oncológica. Para a diretora da unidade entrevistada apesar da auditoria ser uma ferramenta importante de gestão para melhoria do cuidado, as unidades, de forma geral, enfrentam problemas no âmbito do processo de trabalho pelas dificuldades de recursos humanos, conforme destaca a seguir:

[...] Alguns problemas na parte financeira, e principalmente de recursos Humanos, falta de alguns profissionais para implementar protocolos mais abrangentes que tem que ser colocados, por exemplo, com cuidados paliativos, que a gente tem que implementar alguns planos (entrevistado 6).

Conforme destacam Tonetto e Gomes (2007) o processo de trabalho em oncologia é fundamentado na equipe multidisciplinar. Devido à crescente aceitação do modelo de atenção integral, com abordagem biopsicossocial em saúde, vem se fortalecendo o interesse pelo trabalho nessa modalidade, o qual tem trazido novos desafios e exigido habilidades para o trabalho em equipe.

A esse respeito Peduzzi (2001) salienta que o trabalho em equipe tem sido visto como uma estratégia para enfrentar o processo de especialização da área da saúde. A autora trabalha o conceito de trabalho em equipe sob a perspectiva da integração dos trabalhos especializados. Assim, considera e que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais.

O trabalho em saúde ainda é pautado tradicionalmente pelas relações hierárquicas e o trabalho individualizado, todavia é possível criar espaços de troca, de conversa e discussão em que se busque a integração, democratização e horizontalização das relações de trabalho (SILVA; HAHN, 2007). E se tratando do serviço de oncologia multidisciplinar e cuidados paliativos, Guedes et al. (2007 apud AVANCI et al., 2009), acrescentam que os cuidados paliativos são um conjunto de procedimentos ativos e globais aos pacientes e também às suas famílias, realizados por uma equipe multidisciplinar em um momento em que a doença já não responde aos tratamentos curativos, objetivando acrescentar uma melhor qualidade aos dias do paciente e seus familiares nas áreas emocional, psicológica e espiritual.

6.4 Os hospitais universitários e sua inserção no SUS

Entende-se por hospital de ensino, hospital universitário de propriedade ou gestão de universidade; hospital-escola de propriedade ou gestão de escolas médicas; hospital auxiliar de ensino que desenvolve programas de treinamento em serviço na área da saúde, devidamente conveniado com uma instituição de ensino superior (BITTAR, 2002). Como estes hospitais têm a missão de atender o tripé :assistência, ensino e pesquisa ,a sua função se torna ainda mais difícil, pois tem que conciliar de um lado os interesses do SUS representado pela demanda de pacientes de nível terciário, e de outro os interesses da universidade que visa ensinar aos alunos a medicina também nos seus aspectos básicos, absorvendo assim a clientela de nível primário (LIMA,2007).

Com o descompasso entre oferta e demanda no contexto da saúde pública, Machado e Kuchenbecker (2007) afirmam que um dos problemas que os hospitais universitários enfrentam é o desempenho de atribuições que fogem da sua vocação mais primordial de prover assistência especializada num contexto de formação de profissionais de saúde.

Outra pontuação feita pelos autores acima, dentro dos desafios dos hospitais universitários é a sustentabilidade organizacional dos mesmos, concebida como o resultado de práticas efetivas de gestão e planejamento, equilíbrio financeiro, orçamentação, preservação da capacidade de investimento e de gestão de pessoas. Além da implantação de mecanismos de saneamento financeiro, desenvolvimento de sistemas de indicadores de avaliação e gestão, a incorporação das questões que afetam a qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social.

A realidade das universidades públicas brasileiras perpassa a precarização física de suas instalações, o déficit de recursos humanos, a sobrecarga de trabalhos aos funcionários ativos, a flexibilização dos muitos contratos temporários ali presentes, bem como a redução ou mesmo ausência de investimentos em pesquisas e projetos de extensão (DRAGO, 2011).

Em Pernambuco, os hospitais estaduais de ensino, em sua maioria estão ligados à Secretaria de Ciências e Tecnologia, como por exemplo, o HUOC, enquanto que o Hospital das Clínicas, de âmbito federal, está subordinado ao Ministério da Educação e Cultura. Os incentivos do SUS para a produção de serviços são repassados da Secretaria de Saúde para os hospitais estaduais de ensino e diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Hospital das Clínicas. Os achados das auditorias apontam os hospitais universitários como unidades que menos implementaram as recomendações dos relatórios.

Para um dos entrevistados, o estado não tem atendido as necessidades dos hospitais de ensino, contribuindo para a precarização do serviço, conforme pontua o entrevistado 4:

[...] algumas inadequações nossas são por culpa do próprio estado, porque o estado não atende para as reformas, o Estado não atende quando a gente necessita verba para melhorar os serviços, equipar os serviços e também para os concursos.

Diante do desafio do mix saúde *versus* ciências e tecnologia dos hospitais de ensino e a sua inserção na rede de assistência no SUS, a Secretaria Estadual de Saúde está com uma proposta de aproximação da gestão da saúde com os hospitais de ensino no âmbito estadual, conforme relata o entrevistado abaixo:

A gestão estadual, na Secretaria Executiva de Assistência tem uma coordenação da política de oncologia no estado e esses hospitais apesar de não fazerem parte da SES, eles compõem a rede de saúde do Estado de Pernambuco. No ano passado o governo estadual definiu um comitê para discussão desses hospitais, avaliar o desempenho desses hospitais de ensino que hoje estão ligados a Secretaria de Ciências e Tecnologia. [...] Dentro da proposta da política de oncologia do Estado de Pernambuco muito tem a se fazer junto a esses hospitais, no sentido não só da ampliação do serviço prestado, mas da qualificação desses serviços (entrevistado 5).

De forma geral, pode-se dizer que ainda persiste uma indefinição quanto modo de inserção dos hospitais de ensino no SUS. Embora, desde 2005, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação tenha implantado o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino envolvendo os hospitais federais e os demais hospitais de ensino de natureza pública ou privada que tem como objetivos a qualificação e o desenvolvimento da assistência, da gestão, do ensino, da pesquisa e da avaliação tecnológica em saúde/ATS, tendo em vista o SUS (BRASIL, 2005).

No campo assistencial o programa preconizava o aumento de procedimentos de média e alta complexidade e a diminuição dos de atenção básica, a introdução de modalidades assistenciais que diminuam o tempo de internação, a oferta de 100% dos leitos para o SUS, a inserção do hospital no sistema de urgência e emergência, a introdução de práticas estruturas qualificadoras da assistência, dentre outras diretrizes.

No caso de Pernambuco esse processo é incipiente no que diz respeito, sobretudo aos serviços de oncologia e ao funcionamento em rede. Os dois hospitais de ensino, tanto o HUOC quanto o HC não tem uma inserção clara na rede SUS com acesso regulado e plano de qualificação dessas unidades.

7 A QUESTÃO DO MONITORAMENTO E DO CONTROLE SOCIAL

Observa-se que dentro da estrutura interna da Secretaria de Saúde existe um fluxo de encaminhamentos dos relatórios⁷ de auditoria para diversas áreas com a finalidade de conhecimento e adoção de medidas cabíveis junto à unidade auditada, conforme descreve o entrevistado 5.

Todo relatório de auditoria ele é encaminhado para os gestores interessados, que têm assento na discussão, Secretaria Executiva de Assistência à Saúde,,Secretaria Executiva de Regulação em Saúde , Conselho Estadual de Saúde, gestor do hospital, do serviço, gestor da GERES, então todos eles têm conhecimento, e a partir desse 1º relatório que auditoria faz, a resposta do gestor do serviço também é analisada, é acompanhada, a gestão estadual também de posse desse relatório vai cobrar dos serviços essa adequação[...].

Em relação às unidades auditadas, observa-se que apenas uma delas possui um fluxo interno para monitoramento das recomendações das auditorias, segundo informação do entrevistado 1.

“[...] todas as auditorias entram pela diretoria geral e retornam à diretoria geral, com todos os planos de ação, prazos e responsabilidades sobre as mudanças a serem feitas, então o monitoramento é contínuo”.

O fato de apenas uma das três unidades onde os gestores foram entrevistados apresentarem uma rotina de monitoramento das recomendações das auditorias, parece indicar que apesar do consenso entre os entrevistados que a auditoria qualificar os serviços e orienta os gestores, na prática cotidiana essa parece não compor a agenda do dirigente⁸, como diria Carlos Matus (1993). Ademais, pode-se dizer que o monitoramento das recomendações permite verificar que fatores internos ou externos inesperados, não planejados possam ser discutidos e tomadas as decisão para correção e adequação de cronogramas e introdução de novos atores e/ou parceiros (HADAD, et al., 2009).

O entrevistado 4, demonstrou que ainda não existe uma negociação entre unidade e estado utilizando os relatórios de auditoria para implementar as recomendações na adequação da rede de oncologia.

[...] a gente tem visualizado essa possibilidade [...] de fazer a negociação com o SUS e com a própria Secretaria (SES) de reforçar as nossas solicitações de pessoal, etc.”

⁷Apesar de não existir um fluxo instituído oficialmente, após a conclusão da auditoria os relatórios são encaminhados para: unidade auditada, gerência regional de saúde, demandante (se houver), Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva de Coordenação Geral (articuladora da SES com o CES).

⁸Agenda do dirigente: Conjunto de prioridades políticas elegidas pelos dirigentes.

O Conselho Estadual de Saúde⁹ é outra instância que recebe cópia dos relatórios de auditoria e conseqüentemente participa do monitoramento das implementações das recomendações nos serviços. Segundo relato do entrevistado representante do Conselho de Saúde, a comissão de supervisão, responsável pelo recebimento e análise dos relatórios de auditoria, tem utilizando esse instrumento como orientador na fiscalização das unidades de saúde.

[...] O CES tem acompanhado através dos relatórios, de posse dos relatórios a gente faz esse trabalho de acompanhamento in loco, analisando todos os pontos que ficaram não conforme [...] a gente faz uma análise, faz um relatório com base no que a gente encontrou e remete esse relatório para o órgão competente (entrevistado 2).

O Conselho de Saúde também funciona como articulador entre o controle interno e externo, pois segundo o entrevistado as recomendações que não foram implementadas pelas unidades, dependendo da gravidade são encaminhadas para outras instâncias fiscalizatórias, dentre essas o Ministério Público:

[...] nós fazemos um relatório, e o relatório, vem par ao conselho e é discutido aqui em pleno, até porque depois que a gente passa para o pleno, o pleno é quem muitas vezes orienta para onde agente deve mandar, por exemplo tem caso aqui que é agente mandou para o Ministério Público (entrevistado 2).

O controle social é entendido, segundo Correia (2007), como a atuação de setores organizados da sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de monitorá-las para que elas se aproximem cada vez mais, de atender às demandas sociais. Na visão de Matus (1991), esse tipo de controle não poderá ser enxergado como um engessador do planejamento governamental, mas como um parceiro, que estará no mesmo lado da corda a ser puxada, dosando a puxada para que o cidadão não tenha prejuízos.

⁹ O Pleno do Conselho Estadual de Saúde (CES) se reúne de maneira sistêmica mensalmente. Atua na análise de projetos, orçamento, relatórios, fiscalizações por meio de várias comissões: executiva, assessoramento, supervisão, análise e orçamento, comunicação social e imprensa, grupos vulneráveis, intersetorialidade de políticas públicas, gestão do trabalho e educação permanente, ética e pesquisa em saúde mental, patologia e intersetorial de saúde do trabalhador.

8 CONSIDERAÇÕES

O estudo proporcionou uma análise da utilização dos resultados das auditorias operacionais por parte dos gestores do nível central da SES e dos gerentes das Unidades de Saúde na perspectiva da qualificação da rede de atenção em oncologia, situada no território do Recife no período de 2010 a 2012.

Em termos da análise da produção e faturamento, evidenciou-se a desproporcionalidade entre o número de leitos de algumas unidades e o número de internações no período estudado, a exemplo do hospital o Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC), segundo maior hospital em número de leitos em oncologia, só realizou 18% do total de internações. Por outro lado, verificou-se que o Instituto de Medicina Integral Prof. Antônio Figueira (IMIP) foi a unidade que apresentou o maior número de internações 35,82% e também o maior faturamento de produção ambulatorial (34,33%) e hospitalar (57,60%), quando se compara 2010 e 2012. Sendo constatada nessa unidade uma desproporcionalidade entre faturamento e produção ambulatorial, pois enquanto decresceu o número de procedimentos ambulatoriais, aumentou o valor pago por esses procedimentos, indicando que a unidade realizou principalmente os atendimentos de alto custo na oncologia.

Quanto a análise dos resultados das auditorias, verificou-se que as inconformidades na área de recursos humanos ocuparam o 1º lugar, seguidas consecutivamente de estrutura física e processo de trabalho. Os hospitais universitários apresentaram os quadros mais críticos em todas as áreas, principalmente o HUOC que só conseguiu 12% de aprovação entre a 1ª e a 2ª visita, apesar de oncologia representar 56% da sua produção geral. Vale salientar a fragilidade da relação institucional desses hospitais com a SES, uma vez que esses hospitais fazem parte da rede de saúde, mas não são institucionalmente ligados à Secretaria de Saúde.

Em termos da implementação das recomendações das auditorias, os achados apontam o IMIP como unidade que alcançou o maior percentual de implementação saindo de 73% de aprovação em 2010 para 97% em 2012. Como Unidade Filantrópica com crescimento no atendimento em oncologia, tanto hospitalar quanto ambulatorial, apresentou uma ampliada governabilidade financeira, sobretudo, para contratação de recursos humanos. Aspecto, que indiscutivelmente, tem limitado a maioria das unidades analisadas no cumprimento das recomendações.

No âmbito dos filantrópicos, vale destacar a situação encontrada no Hospital do Câncer de Pernambuco, maior referência em oncologia no estado, que conseguiu implementar apenas metade das recomendações do relatório de auditoria relativo à primeira visita. O

hospital passa nos últimos anos por um processo de intervenção do estado, objetivando socorrê-lo da crise financeira pela qual estava passando, estando ainda em fase de recuperação.

O estudo evidenciou também algumas limitações para a implementação das recomendações dos relatórios de auditoria por parte das unidades da rede própria e hospitais de ensino. É importante destacar que tais Unidades de Saúde têm baixa governabilidade sobre os recursos financeiros e que por sua vez, não utilizaram os relatórios de auditoria como ferramenta de discussão e negociação com gestão estadual (Secretarias Estaduais: Saúde e Ciência e Tecnologia), principalmente sobre as condições necessárias para sanar as inconformidades apontadas nos relatórios de auditoria.

Pôde-se observar também que, se por um lado os gestores do nível central da SES concebem a política de auditoria como instrumento de controle público da qualidade do serviço ofertado a população, por outro, ficou evidenciado que a gestão estadual de saúde não tem utilizado o relatório de sua própria auditoria para formular um plano de investimento para as unidades de saúde na perspectiva de viabilizar a implementação das recomendações feitas.

Para o Conselho de Saúde, a auditoria é concebida como uma parceira das ações de controle social, pois através dos relatórios recebidos pela comissão responsável, o conselho discute o relatório e utiliza-o nas vistas às unidades auditadas para cobrar a implementação das recomendações das auditorias além de funcionar como ponto de interseção entre o controle interno e o controle externo. Apesar dos achados da presente pesquisa apontarem para utilização dos relatórios da auditoria como ferramenta que tem orientado a atuação do Conselho Estadual de Saúde, é importante ressaltar que não se problematizou sobre a regularidade com que os relatórios são encaminhados ao Conselho. Vale salientar que o fluxo de encaminhamento do relatório para o conselho se dá via Secretaria Executiva de Coordenação Geral, não cabendo a gerência de auditoria seu envio direto.

Diante do exposto, consideramos que o objetivo de analisar como os gestores da SES/PE e gerentes das unidades de oncologia têm utilizado os resultados da auditoria operacional foi alcançado. Tendo evidenciado que a auditoria operacional é uma ferramenta potente de qualificação da atenção, porém insuficiente para mudar a realidade encontrada nas unidades se não vier acompanhada de um plano de investimento e não compor a agenda dos dirigentes, tanto das unidades quanto do nível central, no que diz respeito a implementação das recomendações nos quesitos recursos humanos e estrutura física.

REFERÊNCIAS

- AFASANEV, Victor. **Dirección Científica de la sociedad**. Moscú: Progreso, 1978.
- AGUIAR, Celso da Motta. **Análise dos resultados oriundos do sorteio público de municípios – subsídios para o controle preventivo**. 2009. Monografia (Curso de Especialização em Auditoria Interna e Controle Governamental) - Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, 2009.
- ALBUQUERQUE, Maria Socorro Veloso de. **A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife (2001-2008): uma análise a partir da inclusão de grupos sociais, da regulação assistencial e da contratualização em saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria: um curso moderno e completo**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos. **Introdução à auditoria operacional**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.
- ARAÚJO, M. V.; SIMÕES, I. C.; SILVA, C. L. Auditoria em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 31, p. 466-477, 1978.
- ATTIE, William. **Auditoria: conceitos e aplicações**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- AVANCI, Bárbara Soares et al. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Cidade Nova, ano 13, v. 4, p. 708-716, out./dez. 2009.
- BAHIA, Lígia. A Démarche do Privado e Público no Sistema de Atenção à Saúde no Brasil em Tempos de Democracia e Ajuste Fiscal, 1988-2008. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Org.). **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, EPSJV, 2008.
- BARZELAY, Michael. Instituições Centrais de Auditoria e Auditoria de Desempenho: Uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. **Revista do Serviço Público**, Brasília, ano 53, n. 2, p. 5-35, abr./jun. 2002.
- BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Instrumentos gerenciais para tornar eficiente o financiamento dos hospitais de ensino. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, n.17, p. 9-18, 2002.
- BONI, Valdete. QUARESMA, Sílvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.** Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 1995. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/112494/decreto-1651-95>>. Acesso em: 30 jan.2012.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei no, 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. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>>. Acesso em: 15 maio 2012.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/18080.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivo das Leis nºs 8.080, de 1990 e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/c.civil03/leis/LCP/141.htm>>. Acesso em: 14 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Integração de informações dos registros de câncer brasileiros. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p.865-868, 2007.

BRASIL. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Regulação e Avaliação da Saúde. **Caderno da SAS: Orientações para Contratação de Serviços de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998.** Expedi, na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para a prevenção e o controle das infecções hospitalares. Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1702, de 17 de agosto de 2004.** Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/Portarias/Port2004/GM/GM-1702.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 2.439 de 08 de dezembro de 2005.** Institui a política nacional de atenção oncológica: Promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria2439.pdf > Acesso em: 3 maio 2012.

BRASIL. **Portaria nº 741 de 19 de dezembro de 2005**. Define as unidades de assistência de alta complexidade em oncologia, os centros de assistência de alta complexidade em oncologia (CACON) e os centros de referência de alta complexidade em oncologia e suas aptidões e qualidades. Brasília, DF, 2005. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/oncologia/Portaria_741.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. **Portaria nº GM/MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2008**. Institui a política nacional e regulação do sistema único de saúde - SUS. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 3 jun. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 62 de 11 de março de 2009**. Mantém a tabela de habilitações de serviços especializados do sistema do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde - SCNES, os códigos de habilitações. Brasília, DF, 2009. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_oncologia.pdf >. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada nº220, de 21 de setembro de 2004**. Aprova o regulamento técnico de funcionamento dos serviços de terapia antineoplásica. Brasília, DF, 2004. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a5d8d680474597419facdf3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+220-2004.pdf?MOD=AJPERES> >. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. **Estimativa/2012 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Sistema Nacional de Auditoria. Auditoria do SUS: Orientações básicas**. Brasília, DF, 2011.

BUNGE, Mario. **Teoria y realidad**. Barcelona: Ariel, 1972.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo. ELIAS, Paulo Eduardo. Controle público e equidade no acesso a hospitais sob gestão pública não estatal. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n.5, p. 914-917, out. 2006.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE: BAM, 1995.

CASTRO, Denise Pestana de. **Análise de implantação do componente municipal do sistema nacional de auditoria do SUS: Proposta de um instrumento de avaliação**. 2004. Dissertação (Curso de Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS: recursos humanos: Formação, carreira e fixação de profissionais: O desafio da valorização do**

profissional no SUS. **Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, Brasília, DF, ano 2, n. 4, p. 14-23, abr./jun. 2012.

CONCEIÇÃO, Antônio César Lima da. **Controle social da administração pública: Informação & conhecimento-interação necessária para a efetiva participação popular nos orçamentos públicos**. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Orçamentos Públicos) - Instituto Serzedello Corrêa, Brasília, 2010.

CORREA, M. V. C. Controle Social em Saúde. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2007.

CREPALDI, Sílvio Aparecido. **Auditoria contábil, teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2010.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care**. Cambridge, MA: Harvard University, 1973.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. **Servindo a dois senhores: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência**. 2011. Dissertação (Mestrado em Política Social)- Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

DUARTE, Teresa. **A possibilidade da investigação a 3: reflexões sobre triangulação (metodológica)**. Rio de Janeiro: Centro de Investigação de Estudos em Sociologia, 2009.

FARIAS, Sidney Feitoza et al. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médica-hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p. 1043-1053, 2011.

FERNÁNDEZ, Emilio. **Diccionario de derecho público**. Buenos Aires: Astrea, 1981.

GRATERON, Ivan Ricardo Guevara. Auditoria de gestão: utilização de indicadores de gestão no setor público. **Caderno de Estudos**, São Paulo, n. 21, p. 1-17, maio/ago. 1999.

HADAD, Salime C. et al. **O Sistema gestão saúde em rede e o uso de indicadores para monitoramento de saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2009. Disponível em: <<http://www.sbis.org.br/cbis11/arquivos/1014.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

KLIGERMAN, Jacob. O papel do INCA na prevenção e controle do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n.47, p.5-7, 2001.

KVALE, Steinar. **Interviews. An: Introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage Publications, 1996.

LEAL, Márcia Aparecida Pimentel. **A auditoria operacional e sua contribuição para a melhoria da gestão pública: um estudo de caso da auditoria operacional da agência estadual de meio ambiente e recursos hídricos em Pernambuco**. 2006. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração) - Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: O caso do Hospital de Clínicas da UNICAMP**, 2007. Dissertação (Mestrado Profissional) - Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

KLIGERMAN, Jacob. O papel do INCA na prevenção e controle do câncer no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n. 47, p.5-7, 2001.

KUCHENBECKER, Ricardo; MACHADO, Sérgio Pinto. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 4, p. 871-877, 2007.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006.

MATUS, Carlos. O plano como aposta. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, n. 5, p. 28-42, out. 1991.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Ed. IPEA, 1993.

MEDEIROS, Kátia Rejane de. **Lei de Responsabilidade Fiscal e Despesas com Pessoal da Saúde: um estudo dos municípios brasileiros**. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. Reforma ou contra-reforma do Estado: repercussões na política de saúde. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2., 2005, São Luis. **Anais**. São Luis: Universidade Federal do Maranhão, 2005.

MEIRELES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 18. ed. São Paulo: Malheiro, 2003.

MELO, Marilene Barros de; VAITSMAN, Jeni. Auditoria e avaliação no sistema único de saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares-SIH/SUS como Fonte Complementar na Vigilância e Monitoramento de Doenças de Notificação Compulsória. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 9, p. 67-86, abr./jun. 2000.

MENDES, Roselaine da Cruz; OLIVEIRA, Walter Nunes; QUINTARA, Alexandre Costa. A contribuição da contabilidade e auditoria governamental para uma melhor transparência na gestão pública em busca do combate à corrupção. **Sinergia**, Rio Grande, v. 12, n. 2, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS; Simone Gonçalves de; SOUZA; Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NEVES, José Luiz. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2º sem. 1996.

NÓBREGA, Sergio Wilson Sefer. **Auditoria operacional aplicada a sistemas municipais de saúde: um estudo a partir da experiência do tribunal de contas do Estado do Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

NUNES, Wanda Cláudia Galluzzi. Auditorias de desempenho. **Revista do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 26, p. 64-74, abr. 2004.

OLIVEIRA, Hélio Cincinato de. **Auditoria Governamental como instrumento de avaliação dos resultados dos programas governamentais**: uma análise comparativa SIGPLAN – Relatório de Gestão. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Faculdades Federais de Brasília, Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte, Brasília, 2007.

OLIVEIRA, Alci Malaquias de. **Controle e auditoria governamental com enfoque em auditoria operacional**. 1996. Monografia (Menção honrosa no Prêmio STN de Monografia) - Controle e Auditoria Governamental, Brasília, 1996.

OLIVEIRA, Sidney Benedito de. **Ação social e terceiro setor no Brasil**. 2005. Dissertação (Mestrado em Economia Política) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

OROZCO, Carlos Hernández. **Planificación y Progrmación**. 1. ed. San José: UNED 2004.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n. 35, v. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 55-72, jul./ago.2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser; PACHECO, Regina Sílvia Viotto Monteiro. Reforma do Estado para o desenvolvimento. **Revista Eletrônica sobre a reforma do Estado**, Salvador, v. 1, p. 1-17, 2005.

PERNAMBUCO, Secretaria de Saúde. **Gerências regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/institucional/rede-estadual-de-saude/gerencias-regionais-de-saude/>> Acesso em: 14 jan 2012.

PERNAMBUCO. Sistema Nacional de Auditoria. **SISAUD/SUS**. Disponível em: <<http://189.28.128.21/denasus/logon.php?pag=%2Fdenasus%2Fsisaud%2Findex.php&sys=aud&banco=prod>>. Acesso em: 13 jun. 2012.

PETER, Maria da Glória; MACHADO, M. V. V. **Manual de auditoria governamental**. São Paulo: Atlas, 2003.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; DEMO, Pedro. Políticas de Saúde e Crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 56-71, maio/ago. 2006.

PRZEWORSKI, Adam. Reforma do Estado: responsabilidade política e intervenção econômica. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, n. 32, 1996. Disponível em: <http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_32/rbcs32_02.htm>. Acesso em: 13 jun. 2012.

RIBEIRO, J. M. Regulação e contratualização no setor saúde. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001. p. 409-443.

ROCHA, Arlindo Carvalho: A Função de Auditoria Operacional na Avaliação de Controle de Entidades Governamentais. **Revista do Tribunal de Contas da União**, Brasília, DF, v. 44, abr./jun. 1990.

RODRIGUES, Severino Catão. **Análise da utilização das ferramentas de acesso aos dados dos sistemas de informações em saúde disponibilizadas pelo Datasus na Secretaria de Saúde de Pernambuco**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SÁ, Maria José Comparini Nogueira de; PORTO, Maria Teresa Dalla Fontana Pinto Moreira. Controle público e o SUS. In: IBANEZ, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 395-411.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para uma reinvenção solidária e participativa do Estado. **Oficina 134**, Coimbra, p. 4-54, 1999.

SANTOS, L. **Sistema nacional de auditoria**: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS. Brasília: CONASS, 1996.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, mar./abr. 2009.

SILVA, Almiro Couto e. Privatização no Brasil e o novo exercício de funções públicas por particulares. Serviço público "à brasileira" **Revista de Direito Administrativo**, Rio de Janeiro, v. 230: 45-74, out./dez. 2002.

SILVA, Eliane de Souza. **Auditoria operacional**: um instrumento de controle social. Disponível em: <<http://www.tce.ba.gov.br/Publicacoes/conteudo/artigo1pdf/2006>>. Acesso em: 12 ago.2012.

SILVA, Daniel Silveira da; HAHN, Giselda Veronice. Processo de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. **Caderno pedagógico**, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 125-137, 2012.

SIMIONATTO, I.; MARTINS, Valter; DOMINGUES, Lilian. Estado e sociedade civil no capitalismo contemporâneo: implicações para o exercício profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 12., 2007, Foz do Iguaçu. **A questão social na América Latina: ofensiva capitalista, resistência de classe e Serviço Social**. Brasília: CEFESS, 2007. v. 1. p. 20-28.

SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 14, p. 911-918, 2009.

SPOSATI, Adaliza; LOBO, Elza. Controle social e políticas de saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.4 , p.366-378, 1992.

TOBAR, Frederico. YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**. 3. Reimp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William Barbosa. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 89-98, 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VILELA, Cristina Santos; DUARTE, Sérgio Moura; MARQUES, Francisco A. P. **Auditoria operacional com enfoque em programas governamentais**. Cuiabá: Escola de Governo do Mato Grosso, 2005.

YIN, Robert. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICES A - Padronização das Unidades de Oncologia

Padronização das unidades de oncologia

ESTRUTURA FÍSICA	RECURSOS HUMANOS	PROCESSO DE TRABALHO
<p>Manter atualizado o Alvará de funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária local;</p> <p>Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde;</p> <p>1.AMBULATÓRIO - Assistência ambulatorial em: a) clínica médica e/ou pediátrica;</p> <p>b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.</p> <p>2.PRONTO-ATENDIMENTO que funcione nas 24 horas, para os casos de urgência oncológica dos doentes matriculados no hospital.</p> <p>3.SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO – Todos as seguintes modalidades de diagnóstico disponíveis para o atendimento ambulatorial e de internação – de rotina e de urgência.</p> <p>- Laboratório de Patologia Clínica, que deve participar de Programa de Controle de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:</p> <p>a) bioquímica;</p> <p>b) hematologia geral;</p> <p>c) citologia de líquidos e líquido;</p> <p>d) parasitologia;</p>	<p>Possuir apoio multidisciplinar - atividades técnico-assistenciais que devem ser realizadas em regime ambulatorial e de internação - de rotina e de urgência -, nas seguintes áreas:</p> <p>a) psicologia clínica;</p> <p>b) serviço social;</p> <p>c) nutrição;</p> <p>d) cuidados de ostomizados;</p> <p>e) fisioterapia;</p> <p>f) reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades;</p> <p>g) odontologia;</p> <p>h) psiquiatria; e</p> <p>i) terapia renal substitutiva.</p> <p>Estrutura física e funcional mínima e recursos humanos para serviços hospitalares específicos em Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia:</p> <p>SERVIÇO DE CIRURGIA ONCOLÓGICA - deve fazer parte da estrutura organizacional e física de</p>	<p>Integrar o sistema de referência e contra-referência hierarquizado (SMS,SES e MS);</p> <p>É indispensável ao hospital possuir um prontuário único para cada paciente com informações mínimas e indispensáveis do prontuário, devidamente assinadas pelo(s) respectivo(s) profissional(ais) responsável(eis):</p> <p>1) identificação do paciente;</p> <p>2) histórico clínico e exame físico;</p> <p>3)exames complementares;</p> <p>4) diagnóstico definitivo e seu exame de comprovação;</p> <p>5) estadiamento pelo Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos/UICC ou, no caso de neoplasia maligna não incluída neste, por outro sistema de classificação.</p> <p>6) planejamento terapêutico global;</p> <p>7) indicação de</p>

<p>e) bacteriologia e antibiograma;</p> <p>f) gasometria arterial;</p> <p>g) imunologia geral; e</p> <p>h) dosagem de hormônios e outros marcadores tumorais, inclusive a fração beta da gonadotrofina coriônica (BhCG), antígeno prostático específico (PSA) e alfa-feto-proteína (aFP).</p> <p>- Diagnóstico por imagem – exames de:</p> <p>a) radiologia convencional;</p> <p>b) mamografia;</p> <p>c) ultra-sonografia com doppler colorido;</p> <p>d) tomografia computadorizada;</p> <p>e) ressonância magnética; e</p> <p>f) medicina nuclear equipada com gama-câmara e de acordo com as normas vigentes.</p> <p>- Laboratório de Anatomia Patológica, que deve participar de Programa de Monitoramento de Qualidade e possuir certificado atualizado, no qual se realizem os seguintes exames:</p> <p>a) citologia;</p> <p>b) histologia;</p> <p>c) biópsia de congelação;</p> <p>d) imunohistoquímica de neoplasias malignas; e</p> <p>e) determinação de receptores</p>	<p>um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos necessários e:</p> <p>a) realizar procedimentos cirúrgicos diagnósticos e terapêuticos de tumores mais prevalentes no Brasil;</p> <p>b) contar com cirurgiões em suas respectivas especialidades, com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina, nas seguintes áreas:</p> <p>b1) cancerologia cirúrgica</p> <p>b2) cirurgia geral/coloproctologia;</p> <p>b3) ginecologia/mastologia;</p> <p>b4) urologia;</p> <p>b5) cirurgia de cabeça e pescoço;</p> <p>b6) cirurgia pediátrica;</p> <p>b7) cirurgia plástica;</p> <p>b8) cirurgia torácica;</p> <p>b9) neurocirurgia;</p> <p>b10) oftalmologia; e</p> <p>b11) ortopedia;</p> <p>Ter um responsável técnico médico, habilitado em Cancerologia/Cirurgia Cirúrgica, sendo que a habilitação deve ser comprovada por registro</p>	<p>procedimento cirúrgico diagnóstico;</p> <p>8) ficha anestésica;</p> <p>9) descrição de ato cirúrgico, em ficha específica contendo: identificação da equipe, descrição cirúrgica e os materiais usados;</p> <p>10) descrição da evolução do caso;</p> <p>11) sumário(s) de alta hospitalar;</p> <p>e12) ficha de registro de infecção hospitalar;</p> <p>13) evolução e seguimento ambulatorial</p> <p>14) documentos de referência e contra-referência possuir rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos, assinada pelo responsável técnico do Serviço, contemplando, no mínimo, os seguintes itens:</p> <p>15) planejamento terapêutico cirúrgico;</p> <p>16) ficha própria para descrição do ato anestésico;</p>
---	--	---

<p>tumorais mamários para estrogênios e progesterona.</p> <p>ENFERMARIAS – Assistência de internação em:</p> <p>a) clínica médica e/ou pediátrica;</p> <p>b) demais especialidades clínicas e cirúrgicas exigidas para o respectivo credenciamento.</p> <p>CENTRO-CIRÚRGICO – com todos os atributos e equipamentos exigidos para o funcionamento de uma unidade cirúrgica geral e compatível com as respectivas especialidades cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.</p> <p>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – De acordo com a legislação vigente e compatível com as respectivas especialidades clínicas e cirúrgicas e os demais credenciamentos do hospital.</p> <p>HEMOTERAPIA disponível nas 24h do dia, por Agência Transfusional ou estrutura de complexidade maior, dentro do que rege a RDC nº 153/2004, da ANVISA ou outra que venha a alterá-la ou substituí-la.</p> <p>FARMÁCIA HOSPITALAR que deverá obedecer às normas vigentes.</p> <p>IODOTERAPIA – quando do planejamento e organização da Rede de Atenção Oncológica sob sua responsabilidade, caberá ao</p>	<p>no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a responsabilidade técnica pelo Serviço de Cirurgia de uma única Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe cirúrgica de outro estabelecimento credenciado no SUS;</p> <p>contar com equipe composta pelos seguintes profissionais: médico(s) especialista(s) em Radioterapia com registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina; físico(s); técnico(s) de radioterapia – conforme os quantitativos estabelecidos pela ANVISA para esses três profissionais -; enfermeiro(s); e técnico(s) de enfermagem</p> <p>f) um responsável técnico médico, sendo que ele e todos os demais médicos integrantes da equipe devem ser habilitados em Hematologia; a habilitação deve ser comprovada por registro no cadastro de especialistas dos respectivos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Responsável Técnico pode assumir a</p>	<p>17) ficha própria para descrição de ato operatório, contendo: Identificação da equipe, descrição cirúrgica, materiais usados e seus respectivos registros nacionais, para controle e rastreamento de implantes; e</p> <p>17) procedimentos de enfermagem.</p> <p>18) registro em prontuário das informações sobre o diagnóstico hematológico e a quimioterapia, incluindo o planejamento quimioterápico global, esquema, posologia, doses prescritas e aplicadas em cada sessão, monitoramento da toxicidade imediata e mediata, e avaliação periódica da resposta terapêutica obtida; e, quando for o caso, encaminhamento para os estabelecimentos referenciais em radioterapia e cuidados paliativos;</p> <p>19) rotina de funcionamento escrita, atualizada pelo menos a cada 04 (quatro) anos e assinada pelo Responsável Técnico do serviço, contemplando, no mínimo, os procedimentos</p>
---	---	---

<p>respectivo Gestor do SUS decidir, de acordo com a demanda local e regional, sobre de quantas e de quais Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e CACON ele exigirá o atendimento médico nuclear em iodoterapia do carcinoma diferenciado da tireóide.</p> <p>TRANSPLANTES – deverá ser garantido acesso a transplante de células-tronco hematopoéticas e de órgãos sólidos, quando indicado, que pode ser realizado no próprio hospital, se devidamente credenciado e habilitado para tal, ou formalizado com outros estabelecimentos de saúde em conformidade com a regulação do Sistema Nacional de Transplantes.</p> <p>CUIDADOS PALIATIVOS - conjunto de ações interdisciplinares, associado ao tratamento oncológico, promovido por uma equipe de profissionais da saúde voltado para o alívio do sofrimento físico, emocional, espiritual e psico-social de doentes com prognóstico reservado, acometidos por neoplasias malignas em estágio irreversível, que se dão em forma de:</p> <p>a) assistência ambulatorial (incluindo o fornecimento de opiáceos);</p> <p>b) internações por intercorrências (incluindo procedimentos de controle da dor);</p> <p>c) internações de longa</p>	<p>responsabilidade técnica pelo Serviço de Hematologia de uma única Unidade ou de um único CACON, devendo residir no mesmo município ou cidades circunvizinhas e podendo integrar a equipe de hematologia de outro estabelecimento credenciado pelo SUS;</p>	<p>médicos, farmacêuticos e de enfermagem, e manutenção de equipamentos.</p>
--	---	--

<p>permanência; e</p> <p>d) assistência domiciliar.</p> <p>Para fins de credenciamento de hospitais como Unidades ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os cuidados paliativos dos respectivos doentes devem ser prestados na própria estrutura hospitalar ou poderão ser desenvolvidos, de forma integrada, com outros estabelecimentos da rede de atenção à saúde, desde que:</p> <p>a) a rede seja formalizada pelo respectivo Gestor do SUS na área de abrangência da Unidade ou Centro de Alta Complexidade em Oncologia;</p> <p>b) cada estabelecimento integrante da rede de cuidados paliativos tenha o seu papel definido, bem como os mecanismos de relacionamento entre eles;</p> <p>c) a referência entre os serviços seja feita em conjunto e sob regulação do respectivo Gestor do SUS;</p> <p>d) os doentes sejam encaminhados com seus respectivos planos de cuidados;</p> <p>e) as Unidades e CACON ofereçam suporte à distância e assumam a responsabilidade pelo atendimento de doentes contra-referidos para cuidados oncológicos paliativos (cirúrgicos, radioterápicos e quimioterápicos) inclusive de urgência; e</p>		
---	--	--

<p>f) as Unidades e CACON ofereçam em conjunto com o respectivo Gestor do SUS treinamento específico para os profissionais da rede.</p> <p>SERVIÇO DE RADIOTERAPIA – deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos</p> <p>4.3.4. - SERVIÇO DE HEMATOLOGIA - com a missão de diagnosticar e tratar as hemopatias malignas de crianças/adolescentes e adultos deve fazer parte da estrutura organizacional e física de um hospital com centro cirúrgico, pessoal e equipamentos conforme o disposto nos itens 4.1 e 4.2 deste Anexo, e ter a mais:</p> <p>a) quarto(s) com leito de isolamento para crianças/adolescentes e, a menos que o hospital seja exclusivo de pediatria, para adultos;</p> <p>b) sala (no ambulatório ou em enfermaria) para pequenos procedimentos;</p> <p>c) sala equipada com microscópio óptico para análise de lâminas de sangue periférico e de medula óssea;</p> <p>d) exames especiais: micologia, virologia, imunoeletoforese de proteínas, B2microglobulina, dosagem sérica de metotrexato e ciclosporina, imunofenotipagem de hemopatias malignas e citogenética;</p> <p>Nota: Os exames de</p>		
--	--	--

<p>imunofenotipagem e de citogenética podem ser realizados em serviços instalados fora da estrutura ambulatorio-hospitalar da Unidade.</p> <p>e) Serviço de Hemoterapia com aférese e transfusão de plaquetas, que pode estar instalado dentro ou fora da estrutura hospitalar da Unidade, com referência devidamente formalizada;</p> <p>i) contar com uma central de quimioterapia, que pode ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica, para integrar todo o processo de preparo e aplicação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de suporte quimioterápico injetáveis;</p> <p>Nota 1: A sala de aplicação da quimioterapia de adultos poderá ser a mesma do Serviço de Oncologia Clínica e a de crianças/adolescentes, a mesma do Serviço de Oncologia Pediátrica.</p>		
--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir da Portaria número nº 62 de 11/03/2009 (BRASIL, 2009); Portaria nº 741 de 19/12/2005 (BRASIL, 2005); Portaria nº 2616 de 12/05/1998; Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 220 de 21/09/2004 (BRASIL).