



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTROLE DE GESTÃO

Pâmela Rodrigues Pedroso

Auditoria em Saúde: avaliação das auditorias realizadas no Brasil no âmbito da Assistência Farmacêutica e investigação sobre a implementação de um sistema de auditoria nos hospitais de entidades públicas empresariais portuguesas

Florianópolis

2022

Pâmela Rodrigues Pedroso

Auditoria em Saúde: avaliação das auditorias realizadas no Brasil no âmbito da Assistência Farmacêutica e investigação sobre a implementação de um sistema de auditoria nos hospitais de entidades públicas empresariais portuguesas

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Controle de Gestão.

Orientador: Prof. Fernando Richartz, Dr.

Coorientador: Prof. Rui Dinis Sousa, Dr.

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pedroso, Pâmela Rodrigues

Auditoria em Saúde : avaliação das auditorias realizadas no Brasil no âmbito da assistência farmacêutica e investigação sobre a implementação de um sistema de auditoria nos hospitais de entidades públicas empresariais portuguesas / Pâmela Rodrigues Pedroso ; orientador, Fernando Richartz, coorientador, Rui Dinis Sousa, 2022.

73 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão (MP*), Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Controle de Gestão (MP*). 2. auditoria. 3. assistência farmacêutica. 4. tecnologia da informação. I. Richartz, Fernando. II. Sousa, Rui Dinis . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Controle de Gestão (MP*). IV. Título.

Pâmela Rodrigues Pedroso

Auditoria em Saúde: avaliação das auditorias realizadas no Brasil no âmbito da Assistência Farmacêutica e investigação sobre a implementação de um sistema de auditoria nos hospitais de entidades públicas empresariais portuguesas

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Fernando Richartz, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Luiza Santangelo Reis, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª. Maely Peçanha Fávero Retto, Dra.
Instituto Nacional de Câncer

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em Planejamento e Controle de Gestão.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Fernando Richartz, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado aos meus colegas de classe do mestrado, em especial a Cecília de Almeida Costa, aos meus colegas de trabalho da Auditoria-Geral do SUS, a minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores do mestrado em especial ao meu orientador Dr. Fernando Richartz que me incentivou desde o início do curso e mostrou sempre os melhores caminhos.

Ao professor Dr. Isaias Bianchi que auxiliou no processo de escolha do orientador na Universidade do Minho.

Ao professor Dr. Rui Dinis Sousa que me recebeu na Universidade do Minho em Portugal e realizou a orientação durante o semestre.

Aos colegas de trabalho da Auditoria Geral do SUS Amarildo José Leite, Raquel Souza e Romana de Oliveira por terem me ajudado no processo de concessão do afastamento para ação de desenvolvimento.

A amiga advogada Mônica Fialho que ajudou com toda a documentação para o visto de estudante.

A minha mãe Alcione Pedroso que sempre foi inspiração como profissional da área da saúde e contribuiu muito para que o intercâmbio acontecesse.

Ao meu pai Roberto Pedroso, meu irmão Pietro Pedroso e minha cunhada Carina Marçal por cuidarem tão bem da Belinha durante todo o tempo fora.

A minha irmã Bianca Pedroso e meu cunhado Alessandro Tornago pelo incentivo e ajuda durante a estadia em Portugal. Aos meus sobrinhos Filippo e Milena por serem a alegria da nossa família.

Aos meus amigos Filipe Gomes e Claudinei Coutinho por terem me ajudado durante o período em Portugal.

“A persistência é o caminho do êxito”

(CHARLES CHAPLIN)

RESUMO

A presente pesquisa foi realizada por meio de dois artigos na área da auditoria e em países distintos. O primeiro artigo, realizado no Brasil, teve como objetivo identificar as não conformidades das auditorias feitas na Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usou a técnica de análise de conteúdo para identificar as não conformidades por meio de informações extraídas do Sistema de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria no período de 2015 a 2020. Ao analisar o ciclo da Assistência Farmacêutica, que engloba as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação, revelou-se dificuldades em todas as etapas, sendo o armazenamento a de maior destaque, seguida da aquisição. Conclui-se que a incorporação da auditoria aliada à gestão dos municípios pode ajudar nas atividades de regulação e controle, beneficiando assim os serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde, garantindo, com isso, uma melhor qualidade na assistência. O segundo artigo, realizado em Portugal, teve como objetivo identificar a implementação do sistema *Software de Analytics & Soluções* (SAS) Enterprise Governance Risk and Compliance (EGRC) - módulo de auditoria em dez hospitais portugueses selecionados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usou a técnica de análise de conteúdo por meio da coleta de dados narrativos. O sistema de auditoria que foi apresentado e operacionalizado para todos os Hospitais de Entidades Públicas Empresariais (EPE) durante o ano 2018 visava gerir todo o ciclo da auditoria em uma única plataforma. O resultado desta investigação sugere que um sistema informatizado de auditoria ainda não é realidade em muitos desses hospitais. Conclui-se que esta investigação merece ser ampliada, com a inclusão dos auditores que participaram na época da implementação do sistema, para que se possa compreender os motivos do projeto não ter alcançado êxito nos hospitais investigados.

Palavras-chave: auditoria; Assistência Farmacêutica; tecnologia da informação.

ABSTRACT

The present research was carried out through two articles in the area of auditing and in different countries. The first article, carried out in Brazil, aimed to identify the non-conformities of the audits carried out in Pharmaceutical assistance represents within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde). This is qualitative and descriptive research that used the content analysis technique to identify non-conformities through information extracted by the National Audit Department of the Unified Health System (Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS) from 2015 to 2020. The analysis of the Pharmaceutical assistance cycle encompasses the following stages: selection, programming, acquisition, storage, distribution, prescription, and dispensing. It revealed difficulties at all stages, in which the storage was the most prominent, followed by acquisition. We concluded that the incorporation of the audit, together with the management of the municipalities, can help in the activities of regulation and control, benefiting the services provided to the users of the Unified Health System, and guaranteeing a better quality of care. The second article, carried out in Portugal, aimed to identify the implementation of the system *Software de Analytics & Soluções* (SAS) *Enterprise Governance Risk and Compliance* (EGRC) - audit module in ten Portuguese hospitals selected by the Central Administration of the Health System (ACSS). This is a qualitative and descriptive research that used the technique of content analysis through the collection of narrative data. The audit system that was presented and operationalized for all Hospitals of Public Business Entities (EPE) during 2018 aimed to manage the entire audit cycle on only platform. The result of this investigation seems to suggest that an auditing system is not yet a reality in many of these hospitals. It is concluded that this investigation deserves to be expanded with the object of study the auditors who participated at the time to understand the reasons for the project not having gone ahead.

Keywords: audits; pharmaceutical assistance; information technology.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Não conformidades encontradas divididas em constatações e evidências	27
Gráfico 2 – Percentual de evidências em cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica. ..	28
Gráfico 3 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da seleção.	30
Gráfico 4 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da programação.	31
Gráfico 5 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da aquisição.	33
Gráfico 6 – Quantidade de evidências não conformes na etapa do armazenamento.	35
Gráfico 7 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da distribuição.	36
Gráfico 8 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da prescrição e dispensação. .	37
Gráfico 9 – Quantidade de evidências não conformes na classificação outros.	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Respostas dos hospitais	56
Tabela 2 – Hospitais que não responderam se o sistema foi ou não implementado.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AFB	Assistência Farmacêutica Básica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
EGRC	Enterprise Governance Risk and Compliance
EPE	Entidades Públicas Empresariais
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
POP	Procedimento Operacional Padrão
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAS	Software de Analytics & Soluções
SISAUD	Sistema de Auditoria
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
TI	Tecnologia da Informação
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	DESENVOLVIMENTO.....	16
2.1	ARTIGO 1	17
2.1.1	Introdução	18
2.1.2	Fundamentação teórica	21
2.1.3	Metodologia	24
2.1.4	Apresentação e análise dos dados.....	26
2.1.4.1	<i>Análise geral.....</i>	26
2.1.4.2	<i>Análise por etapas da Assistência Farmacêutica.....</i>	30
2.1.4.2.1	Seleção.....	30
2.1.4.2.2	Programação	31
2.1.4.2.3	Aquisição	32
2.1.4.2.4	Armazenamento	34
2.1.4.2.5	Distribuição.....	36
2.1.4.2.6	Prescrição e Dispensação.....	37
2.1.4.2.7	Outros	39
2.1.5	Conclusão	40
	REFERÊNCIAS	42
2.2	ARTIGO 2	45
2.2.1	Introdução	46
2.2.2	Fundamentação teórica	49
2.2.3	Metodologia	52
2.2.4	Apresentação e análise dos dados.....	54
2.2.5	Conclusão	64
	REFERÊNCIAS	65
3	CONCLUSÃO.....	67

1 INTRODUÇÃO

Ao iniciar a sua jornada de trabalho no Departamento de Auditoria no Sistema Único de Saúde (DENASUS), em setembro de 2020, a autora verificou a oportunidade de avaliar as auditorias realizadas no âmbito da Assistência Farmacêutica, área de sua formação.

O estudo foi motivado pelos anos de experiência vivenciados na assistência direta ao usuário, em que presenciou situação de dificuldades enfrentadas pela população a ser atendida como falta de acesso e de medicamentos, falta de estrutura preparada de gestão de recursos humanos, financeiros e de planejamento.

Para iniciar o trabalho, foi selecionada uma amostra composta por auditorias realizadas no Programa de Assistência Farmacêutica Básica nos últimos cinco anos, e tendo em vista os problemas apresentados na ponta, surgiu o seguinte questionamento quanto às auditorias já realizadas pelo DENASUS: quais as principais não conformidades das auditorias feitas no Brasil no âmbito da Assistência Farmacêutica Básica?

A pesquisa foi relevante para identificar vários pontos, o primeiro deles foi a falta de um procedimento de auditoria na área da Assistência Farmacêutica. O segundo ponto foi a ausência de padronização no relato das evidências e das constatações nos relatórios, sendo a primeira mais detalhada e por isso a escolhida para ser utilizada.

A relação entre as evidências e as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica nem sempre estavam alinhadas e a partir daí foram adotados novos critérios para a classificação, de acordo com as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, incluindo uma etapa chamada “Outros” para sinalizar qualquer situação fora do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Um protocolo de análise dividido em categorias foi criado para organizar as não conformidades identificadas e inserido em planilha de *Excel* para organizar os itens de constatação e evidências, em concordância com os seguintes aspectos: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação.

O terceiro ponto foi a mudança nos relatos ao longo desses cinco anos. No ano de 2015, os textos eram mais amplos e descritivos do que em 2020. Com o passar do tempo, as observações tornaram-se mais objetivas e coesas.

A partir desta análise, foi possível identificar as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica com maiores problemas e traçar novas estratégias de melhorias. Como ganho imediato, para realizar novas auditorias, um novo protocolo foi desenvolvido para auditar a

Assistência Farmacêutica e aliado a isso um sistema de auditoria com inteligência artificial está sendo construído pelo departamento.

Assim, este primeiro estudo contribui para a melhor aplicação dos recursos públicos, identifica as falhas nas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e também pode ser um passo para o desenvolvimento das auditorias baseada em riscos.

A auditoria como forma de gestão permite identificar achados de não conformidades e esses podem ter o desdobramento em ações corretivas. Muitas dessas não conformidades são recorrentes e para melhorar o processo de auditoria e reduzir os riscos, são realizados relatórios com recomendações que mencionam a legislação vigente como pactos, normas, portarias, decretos e leis ou até mesmo recomendações de órgãos reguladores.

A Tecnologia da Informação permite que todas essas bases de dados que são importantes para a realização desses relatórios de auditoria estejam em uma única plataforma e assim de forma integrada é possível otimizar este processo.

Ao aderir este tipo de tecnologia, fica claro a quebra de paradigmas dentro de qualquer instituição, pois a partir de agora temos a integração dos processos, pessoas e informações.

Inovar na área de um sistema de auditoria possibilita um gerenciamento eficiente dessas atividades que fazem parte deste trabalho como por exemplo a programação da atividade, elaboração do relatório e monitoramento.

Diante disso, a autora sentiu a necessidade de expandir o conhecimento durante o mestrado e explorar as possibilidades de trabalho na área de Tecnologia e Sistemas de Informação, optando pelo mestrado com modalidade sanduiche. O local escolhido para estudo foi a Universidade do Minho em Portugal por ser bem-conceituada e por possuir na escola de engenharia a disciplina de Investigação em Tecnologia e Sistemas de Informação, que ajudou a identificar que ferramenta pode auxiliar no processo de auditoria.

A autora recebeu orientação de um professor da própria universidade e no decorrer do semestre realizou uma investigação sobre um sistema de auditoria que havia sido proposto a dez hospitais de Entidades Públicas Empresariais Portuguesas. O sistema de auditoria que foi apresentado e operacionalizado para todos os hospitais de Entidades Públicas Empresariais Portuguesas durante o ano 2018 e indicado para teste nestes hospitais visava gerir todo o ciclo da auditoria em uma única plataforma, desde a fase do planejamento anual, com a definição das auditorias internas a realizar, a operacionalização das respectivas auditorias, com a definição

dos riscos, áreas, evidências, conclusões e recomendações e relatório final, o relatório de atividades e sistema.

Em um primeiro momento, foi realizado contato com os dez hospitais por meio de *e-mail* para uma rápida pesquisa a respeito do sistema implementado *Software de Analytics & Soluções (SAS) Enterprise Governance Risk and Compliance (EGRC)* - módulo de auditoria. Alguns hospitais responderam que o sistema não estava funcionando e outros não deram retorno sobre o assunto. Diante disso, foi feito contato com o coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que liderou o projeto na época para alguns questionamentos sobre a não implementação do sistema.

Como principal motivo para sua não implementação, o coordenador identificou a resistência por parte dos utilizadores (auditores internos), que apesar dos esclarecimentos da ACSS, mantiveram sempre reservas e ceticismo quanto a sua utilização, pois tinham dúvidas quanto à confidencialidade das matérias analisadas internamente no âmbito do seu trabalho nos Hospitais, a que ACSS poderia ter acesso depois de finalizados os trabalhos de auditoria realizados e submetidos no sistema SAS EGRC.

A partir desta análise, foi feita uma busca por outros trabalhos que pudessem explicar a resistência em não aderir a um sistema informatizado. Uma das dificuldades desta investigação foi a lei de proteção de dados, pois, mesmo pedindo para a ACSS a relação dos auditores que participaram do projeto, a associação negou os dados e pediu que a busca fosse feita diretamente nas instituições. Ao proceder conforme solicitado pela ACSS, ressalta-se que houve negativa por partes das instituições para fornecimento dos nomes ou *e-mails* dos auditores.

Outra limitação decorreu do contexto pandêmico e da alta dos casos no mês de janeiro de 2022. As ações tomadas para realizar esta investigação sofreram mudanças, pois não foi possível visitar as unidades hospitalares, optando-se assim pelo método de entrevista por *e-mail*, por meio perguntas e respostas.

Por fim, como continuação desta investigação, sugere-se a ampliação nesta mesma temática, incluindo no objeto de estudo os auditores que participaram na época na 1.º fase do projeto do sistema de informação SAS EGRC – módulo de auditoria.

2 DESENVOLVIMENTO

Os artigos estão apresentados da seguinte forma: o primeiro encontra-se dividido em uma introdução que aborda a política que descreveu a Assistência Farmacêutica com o seu conceito e importância dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se em seguida a fundamentação teórica na qual há uma contextualização sobre o tema auditoria e Assistência Farmacêutica. A seguir encontra-se a metodologia apresentando como o trabalho foi elaborado a partir de pesquisa pautada em coleta de dados do período de 2015 a 2020 das auditorias realizadas pelo DENASUS no Programa de Assistência Farmacêutica Básica. Posteriormente temos a apresentação e análise dos dados coletados que foram subdivididos em dois tópicos: análise geral onde é realizada a análise de forma ampla dos dados coletados demonstrando o número de constatações e evidências e apresentando estudos que corroboram com os resultados da pesquisa. Seguidamente o tópico é a análise por etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica onde são descritos os principais achados e o que foi considerado para ser uma evidência. Por fim, tem-se a conclusão sobre os principais achados e a importância da pesquisa.

Já o segundo artigo encontra-se dividido em uma introdução, apresenta-se o conhecimento na fundamentação teórica na qual há uma contextualização sobre o tema sistema de informática na área da saúde e auditoria, em seguida tem-se a metodologia que apresenta como o trabalho foi elaborado, posteriormente apresentação e análise dos dados que foram divididos em dois quadros: o primeiro foi elaborado a partir dos *e-mails* recebidos dos hospitais com as suas respectivas respostas e o segundo listando os hospitais que não responderam se o sistema foi ou não implementado. Seguidamente incluiu-se o retorno do coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS descrevendo como foi a implementação e o trabalho junto a estes hospitais selecionados e finalizando assim com a conclusão.

2.1 ARTIGO 1

**AVALIAÇÃO DAS AUDITORIAS REALIZADAS NO BRASIL PELO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS NO ÂMBITO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA**

**AUDITS ASSESSMENT CARRIED OUT IN BRAZIL BY THE AUDIT
DEPARTMENT OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BASIC
PHARMACEUTICAL ASSISTANCE AREA**

Pamela Rodrigues Pedroso¹
Fernando Richartz²

RESUMO

Diante do valor que a Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) representa para garantir a saúde para todos e o papel fundamental da auditoria realizada pelo Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) para assegurar a correta aplicação do recurso público, essa pesquisa teve como objetivo identificar as não conformidades das auditorias feitas no Brasil no Programa de Assistência Farmacêutica Básica. Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usou a técnica de análise de conteúdo para identificar as não conformidades através de informações extraídas do Sistema Nacional de Auditoria (SISAUD) no período de 2015 a 2020. A análise do ciclo da Assistência Farmacêutica engloba as etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação. Revelou-se dificuldades em todas as etapas, sendo o armazenamento a de maior destaque, seguida da aquisição. Conclui-se que a incorporação da auditoria, aliada à gestão dos municípios, pode ajudar nas atividades de regulação e controle, beneficiando assim os serviços prestados aos usuários do SUS, garantindo, com isso, uma melhor qualidade na assistência.

Palavras-chave: auditorias; Assistência Farmacêutica; não conformidades; Sistema Único de Saúde – SUS; DENASUS.

ABSTRACT

Given the value that Pharmaceutical assistance represents within the Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS) to ensure health for all and the fundamental role of the audit carried out by the National Audit Department of the Unified Health System (Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS) to ensure the correct application of public resources, this research aimed to identify non-conformities of audits made in Brazil in Basic Pharmaceutical Assistance Program. This is qualitative and descriptive

¹ Mestrado em Controle de Gestão na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: pamelarpedroso@gmail.com.

² Doutor em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: fernandorichartz@gmail.com.

research that used the content analysis technique to identify non-conformities through information extracted by the Audit System of the National Audit System from 2015 to 2020. The analysis of the Pharmaceutical assistance cycle encompasses the following stages: selection, programming, acquisition, storage, distribution, prescription, and dispensing. It revealed difficulties at all stages, in which the storage was the most prominent, followed by acquisition. We concluded that the incorporation of the audit, together with the management of the municipalities, can help in the activities of regulation and control, benefiting the services provided to the users of the Unified Health System, and guaranteeing a better quality of care.

Keywords: audits; pharmaceutical assistance; non-conformities; Sistema Único de Saúde – SUS; DENASUS.

2.1.1 Introdução

Segundo o artigo n. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988 (p. 120-121), “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica de 2004 descreveu a Assistência Farmacêutica como um “conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 1).

Segundo a Lei nº13.021, de 8 de agosto de 2014 no seu art. 2º

Entende-se por assistência farmacêutica o conjunto de ações e de serviços que visem a assegurar a assistência terapêutica integral e a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades farmacêuticas, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional. (BRASIL, 2014, art. 2º).

A Assistência Farmacêutica, apresenta componentes com aspectos de natureza técnica, científica e operativa, integrando-os de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades. Os componentes representam as estratégias e o conjunto de ações, que visam ao alcance de objetivos definidos. (MARIN; LUIZA; OSORIO-DE-CASTRO; MACHADO-DOS-SANTOS, 2003, p. 130).

Apesar da sua complexidade, são grandes as possibilidades de melhorias em todos os componentes do ciclo, proporcionando um bom padrão no suprimento de medicamentos essenciais e, assim, boas condições para que a dispensação de medicamentos e a atenção farmacêutica individual e coletiva aconteçam de maneira qualificada. (MARIN *et al.*, 2003, p. 131).

A Assistência Farmacêutica é um ciclo composto por seis etapas diferentes, sistemicamente inter-relacionadas. O funcionamento indevido de qualquer uma das etapas pode

atingir toda a gestão da Assistência Farmacêutica. Além dos obstáculos relacionados à execução de cada uma das etapas do ciclo, existem ainda outros pontos importantes que tornam sua gestão ainda mais provocadora, como o subfinanciamento, a formação universitária dos profissionais orientada principalmente para o setor privado, a informalidade da gestão da Assistência Farmacêutica em alguns municípios, além da existência prevalente das ações de demandas judiciais (PEREZ JUNIOR, 2018).

Além disso, os gastos públicos com medicamentos são progressivos e constituem o segundo maior item de custo dos sistemas de atenção à saúde, somente ultrapassados pela atenção hospitalar (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020).

A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde engloba as atividades de “seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e dispensação o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 1).

Nesse sentido, um único instrumento mestre deve ser aplicado para as ações de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde afirma a importância de adotar um padrão e para isso desenvolveu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira de caráter técnico-científico e que orienta a oferta, à prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do Sistema Único de Saúde. Essa relação é revisada e atualizada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

No ano de 2020, o valor total de repasses divulgado pelo portal do Fundo Nacional de Saúde no grupo da Assistência Farmacêutica foi de R\$ 1.777.275.881,85 para Manutenção das ações e Serviços Públicos de Saúde (CUSTEIO) e R\$ 44.491.323,95 para Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde (INVESTIMENTO). O orçamento é gasto com medicamentos, mas nem sempre é aplicado da melhor maneira possível. No último dia 29 de setembro de 2020, no Portal G1 do Rio de Janeiro, foi noticiado esquemas de corrupção que desviaram quase R\$ 1,8 bilhão dos cofres públicos da saúde do Rio de Janeiro desde 2007 (BRITO, 2020).

Em 27 de setembro do mesmo ano, também foi noticiado por meio do Jornal Metrôpoles, que, segundo o Ministério Público, houve desvios de R\$ 331 milhões da Saúde do Distrito Federal nos últimos 5 anos. Nas últimas oito ações do Ministério Público do Distrito Federal e

Territórios são analisadas denúncias de desvios, corrupção e peculato na área que cuida de vidas (ALCÂNTARA, 2020). No dia 23 de abril de 2021, foi noticiado no *site MidiaNews* que dois vereadores acharam dezenas de medicamentos vencidos no Centro de Distribuição de Medicamentos e Insumos de Cuiabá após uma queixa sobre o desperdício de dinheiro público. Um dos medicamentos encontrados foi o AmBisome, antifúngico cuja embalagem com 10 ampolas custa mais de R\$ 22 mil (BORGES, 2021). Notícias como essas na grande mídia são comuns e demonstram que esquemas de corrupção e fraudes ocorrem frequentemente na área da saúde e, por isso, a necessidade de auditar os pontos de controle de gestão para que possamos mitigar essas situações.

A atividade de auditoria, realizada pelas Seções de Auditoria nos Estados (SEAUD) ligadas ao DENASUS, é fundamental para a melhoria da qualidade das ações e dos serviços no SUS. Os relatórios produzidos pelas auditorias internas fornecem informações para que as áreas responsáveis pela gestão das ações e dos recursos possam adotar medidas de melhorias. Por esse motivo, constitui-se em um material importante, um instrumento informativo e construtivo, de grande credibilidade pública, reconhecidamente imprescindível nas tomadas de decisão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Demonstrando a importância da auditoria, Andrade (2013), em seu estudo com a análise de 1.916 auditorias desenvolvidas pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria, informou que o DENASUS, no período de 1º de janeiro a 30 de dezembro de 2010, contabilizou o quantitativo de 47.468 conformidades e não conformidades. A não conformidade ocorre quando a instituição não segue um determinado padrão já estabelecido e a existência e a permanência de não conformidades indica cenários inseguros, já que podem causar erros que comprometem a segurança dos pacientes e dos profissionais (PIMENTA, 2020).

No que tange à Assistência Farmacêutica, foram detectadas 1.575 conformidades e 2.176 não conformidades, ocupando assim o quinto lugar, ficando atrás de temas como recursos financeiros, assistência médica e de alta complexidade, controle social e atenção básica. Dentre as não conformidades apontadas por Andrade (2013), foram apontadas as seguintes situações: sem justificativa (situação 1), justificativa não acatada (situação 2), justificativa parcialmente acatada (situação 3) e justificativa acatada (situação 4). Dessa maneira, foi considerado efetivamente como não conformidades as situações em que não houve justificativa e aquelas onde as justificativas não foram acatadas. A Assistência Farmacêutica teve 621 na situação 1 e

939 na situação 2, totalizando 1.560 não conformidades e 292 na situação 3 e 324 na situação 4, totalizando 616 conformidades.

Assim, diante da importância que a Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS representa para garantir a saúde para todos, bem como, o papel fundamental da auditoria realizada pelo DENASUS para garantir a correta aplicação do recurso público, a presente pesquisa tem como objetivo identificar as não conformidades das auditorias já concluídas pelo DENASUS com objeto da Assistência Farmacêutica no período de 2015 a 2020.

A realização desta pesquisa trará benefícios ao Ministério da Saúde, pois, ao identificar quais etapas do Programa de Assistência Farmacêutica Básica são suscetíveis a falhas, será possível elaborar planos de melhorias e propor ações corretivas às áreas responsáveis do Ministério da Saúde para que a população receba uma assistência de qualidade e tenha acesso à saúde. Sabe-se que a compra de medicamentos, por exemplo, não é capaz de garantir esse acesso, é preciso muito mais. Assegurar o correto armazenamento, transporte e distribuição assim como o correto uso são formas de sustentar uma cadeia segura para todos os pacientes. Acompanhar e fiscalizar os investimentos alocados e quais os resultados atingidos fazem parte do trabalho da auditoria que colabora para gestão do Ministério da Saúde como para que a população possa atingir índices efetivos na saúde.

Este trabalho encontra-se dividido nos seguintes tópicos: introdução, que aborda a política da Assistência Farmacêutica com o seu conceito e importância dentro do Sistema Único de Saúde (SUS); fundamentação teórica, na qual há uma contextualização sobre o tema da auditoria e da Assistência Farmacêutica; metodologia, apresentando como o trabalho foi elaborado a partir de pesquisa pautada em coleta de dados do período de 2015 a 2020 das auditorias realizadas no Programa de Assistência Farmacêutica Básica, dividida nos tópicos de análise geral dos dados coletados, a qual demonstra o número de constatações e evidências, corroborando com os resultados da pesquisa, e análise por etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, que apresenta os principais achados e o que foi considerado para ser uma evidência; conclusão, que aborda os principais achados e a importância da pesquisa.

2.1.2 Fundamentação teórica

Segundo a Resolução n.º 338 de 2004, a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o seu uso racional. Esse

conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

“Nos países da América Latina e da América do Norte o termo Assistência Farmacêutica corresponde a *pharmaceutical services*, evidenciando uma visão mais restrita do campo, focando em organização e prestação de serviços e ações que envolvem o medicamento” (CASTRO; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017, p. 2432).

No Brasil, a inserção de processos de auditoria no Sistema Único de Saúde procura preservar o usuário e a União, estados e municípios, a qualidade dos serviços profissionais e institucionais, além de proteger o uso adequado do dinheiro público (AZEVEDO; GONÇALVES; SANTOS, 2018). “O conceito de auditoria foi proposto por Lambeck em 1956 e tem como premissa a ‘avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente’” (AZEVEDO *et al.*, 2018, p. 2).

Segundo o Manual de Técnico e de Orientações Básicas de Auditoria do Sistema Único de Saúde, do Ministério da Saúde a auditoria consiste:

‘(...) auditoria consiste no exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventivo-corretiva / corretiva / saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do Sistema Único de Saúde informações necessárias ao exercício de um controle efetivo e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde’. (AZEVEDO *et al.*, 2018, p. 2-3).

A palavra *Accountability* aparece em vários conceitos encontrados para auditoria. Ela é estabelecida como aquilo que envolve principalmente transparência e responsabilização. A concepção punitiva deve ser mudada e é fundamental aprender com os acertos e que se aprenda assim, a melhor maneira de fazer (AZEVEDO *et al.*, 2018).

Santos (2016) validou 25 auditorias realizadas pelo DENASUS e 10 auditorias executadas pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e São Paulo. Todas confirmaram que não houve planejamento do estado para realização e manutenção da Assistência Farmacêutica Básica (AFB). Um dos apontamentos dessa pesquisa foi que esses estados não assumiram a AFB com as responsabilidades necessárias,

principalmente as determinadas na Política Nacional de Medicamento, demonstrando que não há *accountability* nesse processo.

Por meio das auditorias, é possível identificar achados que são retratados em constatações que podem compor conformidades e não conformidades e estes podem ter o desdobramento em ações corretivas. No âmbito da Assistência Farmacêutica, é possível encontrar inúmeras evidências como: diferença de repasse de recursos; ausência de documentação técnica; infraestrutura inadequada; falta de medicamentos; aquisições sem o devido processo licitatório adequado; ausência de controle de estoque por parte da equipe da farmácia; medicamentos de controle especial armazenados de forma inadequada; medicamentos vencidos; ausência do farmacêutico. Muitas dessas não conformidades são recorrentes e para melhorar o processo de auditoria e reduzir os riscos são realizados relatórios com recomendações para o cumprimento da legislação vigente como pactos, normas, portarias, decretos e leis, até mesmo recomendações de órgãos reguladores.

A concretização da Assistência Farmacêutica é indicada como um dos desafios para a consolidação do SUS. O desenvolvimento da sua gestão é um dos aspectos que colabora para o enfrentamento dessa questão, pressuposto para assegurar o acesso aos medicamentos e à integralidade da assistência terapêutica. No entanto, os municípios brasileiros demonstram uma série de fragilidades no que se refere à descentralização das ações e à habilidade de gestão da Assistência Farmacêutica, acima de tudo no campo da atenção primária à saúde (GERLACK *et al.*, 2017).

Alguns autores alegam um distanciamento entre a legislação e a parte prática da gestão na organização dos serviços da Assistência Farmacêutica na atenção primária e a realidade encarada pelos municípios brasileiros. Isso porque de acordo com a Política Nacional de Medicamentos a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica deverá estar fundamentada na descentralização da gestão. Isso significa que os municípios passam a assumir responsabilidades que exigem conhecimento, habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à Assistência Farmacêutica, demonstrando a necessidade de reforçá-la e atuação no sentido de viabilizar o propósito da Política de Medicamentos, qual seja, o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (GERLACK *et al.*, 2017; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Nesse sentido, é relevante que sejam desenvolvidas ações para avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica no SUS trazendo subsídios para tomada de decisões. Algumas pesquisas recomendam o uso de indicadores de dimensão organizacional, operacional e sustentabilidade. Esses indicadores foram considerados apropriados para avaliar a gestão da Assistência Farmacêutica uma vez que consideram ações do ciclo logístico, assim como são capazes de representar ações de sustentabilidade e estratégicas dos resultados da gestão (GERLACK *et al.*, 2017).

A pesquisa feita por Perez Junior (2018) apresenta os obstáculos e desafios impostos principalmente aos gestores da Assistência Farmacêutica dos municípios. Assim, cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica representa peças, cujas falhas resultam de forma negativa no propósito final do acesso igualitário da população aos medicamentos. Questões como subfinanciamento; a falta de atenção na promoção do uso racional; a vulnerabilidade na organização do ciclo e do sistema logístico; complicações com infraestrutura e recursos humanos são condições frequentemente observadas pelos gestores e que influenciam de maneira relevante no acesso da população aos medicamentos e no cuidado à saúde. De fato, publicações referentes a Assistência Farmacêutica no SUS, regularmente apontam para fragilidades nos serviços e oferta de medicamentos básicos nos locais de dispensação (PEREZ JUNIOR, 2018).

No Brasil há problemas relacionados aos medicamentos, em que o desenvolvimento socioeconômico, o acesso à informação e a medicamentos sem prescrição médica e os de venda livre, a diversidade de prescritores de diferentes especialidades, a alta prevalência das doenças crônicas e a polimedicação criaram novas necessidades relacionadas aos medicamentos que os serviços de saúde atuais têm dificuldade em atender (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020).

2.1.3 Metodologia

A seguinte pesquisa se pauta em informações primárias e secundárias. A base teórica foi desenvolvida a partir da leitura de artigos científicos, teses, dissertações e livros. Já a parte prática foi desenvolvida por meio de Portarias do Ministério da Saúde e informações extraídas pelo Sistema de Auditoria (SISAUD), do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com o seguinte filtro: atividades de auditoria finalizadas no período de 2015 a 2020 pertencentes ao grupo do Programa de Assistência Farmacêutica Básica. A partir dessa extração, foi lançado o conteúdo

em uma planilha de *Excel* e selecionadas as seguintes colunas para a elaboração do trabalho: Atividade (com o filtro auditoria), Número da Atividade, Ano do encerramento (com o filtro de 2015 a 2020), Objeto (com o filtro Assistência Farmacêutica Básico/Programa da Assistência Farmacêutica Básica), Número da Constatação, Grupo da Constatação, Subgrupo da Constatação, Item da Constatação, Conformidade (com o filtro escolhido Não Conforme), Constatação, Evidência, Fonte de Evidência e Recomendações.

Portanto, trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usa a técnica de análise de conteúdo para identificar as não conformidades e classificá-las conforme as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica sendo essas: Seleção, Programação, Aquisição, Armazenamento, Distribuição, Prescrição e Dispensação.

A identificação das não conformidades se deu em três etapas. Na etapa 1, foi levada em consideração as descrições feitas na coluna “Evidência” por estarem mais detalhadas do que a coluna Constatação. Na etapa 2, foi inserida uma coluna chamada Ciclo da Assistência Farmacêutica onde classificou-se essas evidências conforme as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, e foi acrescentado uma etapa chamada “Outros” para sinalizar qualquer situação fora do ciclo da Assistência Farmacêutica. A classificação foi feita considerando:

- Seleção – Problemas relacionados a escolha de medicamentos com base em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos estabelecidos pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT);
- Programação – Problemas relacionados com as quantidades necessárias a serem adquiridas a partir de métodos que analisam o perfil epidemiológico, consumo histórico, a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) como critério técnico científico para a tomada de decisão;
- Aquisição – Problemas relacionados ao processo de compra dos medicamentos, de acordo com a programação estabelecida. Deve responder as seguintes perguntas como: o que comprar, para quem, modo de comprar, quanto, quando e como comprar;
- Armazenamento – Problemas relacionados aos procedimentos técnicos e administrativos que buscam garantir as condições adequadas de recepção, armazenamento, conservação e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário. Contempla também ausência de documentação como por exemplo Plano de

Gerenciamento de Resíduos Sólidos, Manual de Boas Práticas, Alvará Sanitário e problemas de estoque;

- Distribuição – Problemas relacionados a entrega dos medicamentos às unidades de saúde, quantidade, qualidade e tempo oportuno;
- Prescrição e Dispensação – Problemas relacionados a ausência do farmacêutico responsável técnico, utilização e uso de medicamentos e documentação como por exemplo Certificado de Regularidade Técnica, Procedimento Operacional Padrão (POP) na operacionalização da Assistência Farmacêutica.
- Outros – Inclui os demais tópicos encontrados nas evidências fora do ciclo da Assistência Farmacêutica como, por exemplo: Financiamento, Gestão, Contrapartida, Comprovação de despesa, Estrutura física, Recursos Humanos e etc.

Na etapa 3, procedeu-se a análise crítica dos resultados e em alguns casos foi considerado mais de uma não conformidade para uma evidência, pois envolvia etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e por isso o número de evidências ficou superior ao da constatação.

2.1.4 Apresentação e análise dos dados

Os dados encontrados nesta pesquisa serão apresentados em gráficos, onde, o primeiro representa o número das não conformidades encontradas durante o período analisado divididas em constatações e evidências. O segundo gráfico incluiu-se o percentual de evidências nas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e na classificação “Outros”.

Os demais gráficos analisaram as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica demonstrando o número de evidências em cada uma delas

2.1.4.1 Análise geral

Na análise dos dados, observou-se que nas auditorias o número de evidências foi maior do que o das constatações (conforme definição do Ministério da Saúde, 2017), apresentado no Gráfico 1, já que na sua descrição a quantidade de achados foi superior e por isso foi escolhido para análise desta pesquisa. Um ponto importante foi a não padronização da descrição das evidências de cada relatório tendo muita diferença na forma da escrita. Isso pode ser justificado pela falta de parâmetros das avaliações uma vez que não há um único instrumento formalizado dentro do departamento DENASUS, ou seja, cada auditoria utilizou um instrumento próprio de avaliação. Além disso, os embasamentos das evidências por vezes eram extensos o que

dificultou a classificação mediante as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e por isso foram criados critérios que muitas vezes se encaixavam em mais de uma etapa.

No ano de 2015 os relatos abrangiam mais textos de forma mais ampla e descritiva do que em 2020, onde as observações eram mais objetivas e coesas.

Durante a análise das evidências não foi vista uma avaliação de desempenho dos serviços de saúde segundo os critérios usados por Albuquerque e Martins (2017) como, Efetividade; Acesso; Eficiência; Respeito ao direito das pessoas; Aceitabilidade; Continuidade; Adequação; e Segurança.

Segundo o manual do Ministério da Saúde de Princípios, diretrizes e regras da auditoria do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 27):

ii. As evidências embasam as constatações de forma consistente e servem para validar o trabalho da equipe e devem ser suficientes, adequadas e pertinentes de forma a permitir à equipe obter constatações que fundamentem as suas conclusões, razão pela qual devem conter os seguintes requisitos:

•**Validade** – A evidência deve ser legítima, ou seja, baseada em informações precisas e confiáveis.

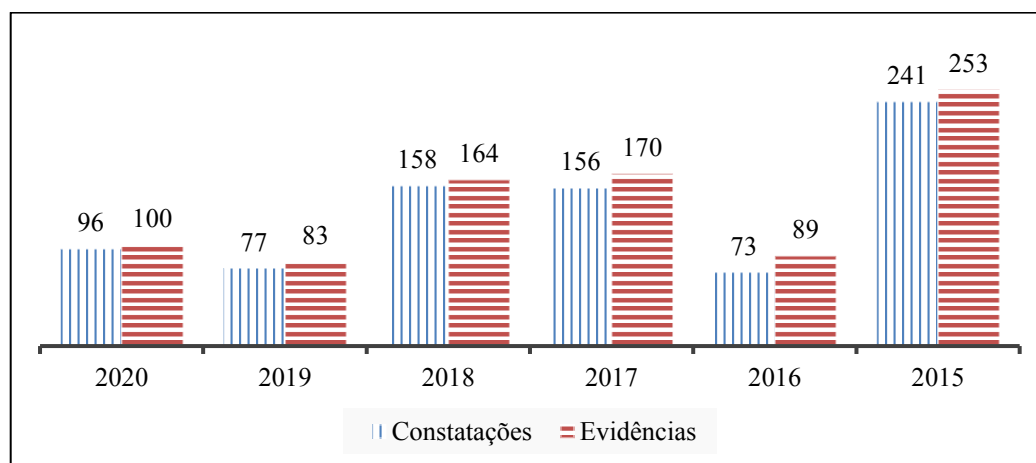
•**Confiabilidade** – Garantia de que serão obtidos os mesmos resultados se a auditoria for repetida.

•**Relevância** – A evidência é relevante se for relacionada, de forma clara e lógica, aos critérios e objetivos da auditoria.

•**Suficiência** – A quantidade e a qualidade das evidências obtidas devem demonstrar que as constatações, as conclusões e as recomendações da auditoria estão bem fundamentadas.

iii. A constatação é o resultado da comparação entre o critério e a situação encontrada, a qual deve apresentar os seguintes elementos: **a)** a situação encontrada do objeto, caracterizada por evidências; **b)** a fonte da evidência; **c)** o critério que define a situação ideal do objeto; **d)** a causa que levou à situação; **e)** o efeito gerado; e **f)** as recomendações.

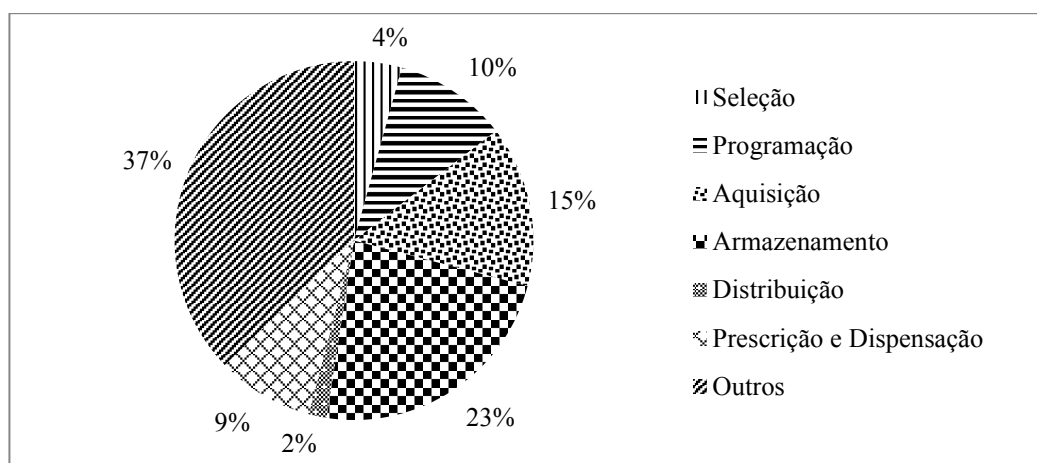
Gráfico 1 – Não conformidades encontradas divididas em constatações e evidências



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Em seguida é apresentado o Gráfico 2 com os percentuais de evidências detectados em cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica respectivamente: Seleção (4%), Programação (10%), Aquisição (15%), Armazenamento (23%), Distribuição (2%), Prescrição e Dispensação (9%). Foi elaborada também uma classificação como Outros (37%) que inclui os demais tópicos encontrados nas evidências fora do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Gráfico 2 – Percentual de evidências em cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Analisando as evidências de todo o ciclo da Assistência Farmacêutica, foram reveladas dificuldades em todas as etapas, sendo a etapa do armazenamento a de maior destaque, seguida da aquisição com 23% e 15% respectivamente. Problemas como os de falta de infraestrutura e má gestão do estoque foram recorrentes no armazenamento. Já na aquisição, os problemas nos processos licitatórios, falta de verba e impropriedades nos pregões foram relevantes. A judicialização da Assistência Farmacêutica foi vista em algumas ocasiões.

As aquisições por demanda judicial são geralmente realizadas de forma emergencial o que pode favorecer fraudes e compras por valores elevados, além de aquisição de medicamentos fora dos protocolos clínicos ou até mesmo sem registro na ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Tal fato demonstra a deficiência da ação desses municípios no sentido de suprir a demanda da população, principalmente na etapa da programação do ciclo da Assistência Farmacêutica, criando um ambiente propício para cidadãos, detentores do direito subjetivo de acesso à saúde, conferido pela Constituição, pleitearem em juízo o recebimento de qualquer tipo de medicamento (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020).

Cabe ressaltar que o fornecimento de medicamentos por demanda judicial tem menor alcance social, visto que atende a um número reduzido de beneficiados, se comparado com o

número de cidadãos alcançados pelas Políticas Públicas (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020).

Na etapa de seleção, muitos municípios não possuíam CFT formalizada e a incorporação de medicamentos não obedecia a critérios epidemiológicos. A etapa de aquisição de medicamentos revelou dificuldades tais como: ausência de fornecedores interessados em ofertar os medicamentos, atraso nas entregas daqueles adquiridos e a falta de verba foram os principais problemas citados.

Os resultados estão de acordo com que alguns estudos demonstram. Em estudo feito por Gerlack *et al.* (2017), observou-se que cerca de 20% dos municípios estudados nas diferentes regiões, a Assistência Farmacêutica não estava incluída no organograma da Secretaria Municipal de Saúde. Uma diferença importante foi encontrada entre as regiões em relação ao indicador Assistência Farmacêutica como parte do plano municipal/distrital de saúde, no qual 18% dos municípios a Assistência Farmacêutica não constava no plano de saúde. A maioria (85,3%) dos entrevistados deste estudo respondeu que no seu município havia uma lista padronizada de medicamentos. Entretanto, apenas 12,5% declararam a existência da CFT reconhecida por portaria, dos quais metade se reunia com uma periodicidade maior que uma vez por semestre (GERLACK *et al.*, 2017).

Alguns autores apontam que a forma como a Assistência Farmacêutica é organizada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) limita seu campo de atuação e a divisão das suas atividades pode contribuir para a desarticulação com as demais ações em saúde. Não constar nos planos de saúde dos municípios constitui-se um problema de gestão da Assistência Farmacêutica, uma vez que suas ações devem ser planejadas e organizadas no contexto das demais ações de saúde (GERLACK *et al.*, 2017).

De acordo com a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), somente 55%, aproximadamente, dos municípios brasileiros possuem procedimentos operacionais padrão para seleção, programação e aquisição de medicamentos; em 13,4% dos municípios não era o farmacêutico quem fazia as especificações técnicas para a aquisição de medicamentos; em torno de 30% dos entrevistados relataram que o município não contava com sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica e menos da metade estava ligado em rede com outras unidades de saúde (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020).

2.1.4.2 Análise por etapas da Assistência Farmacêutica

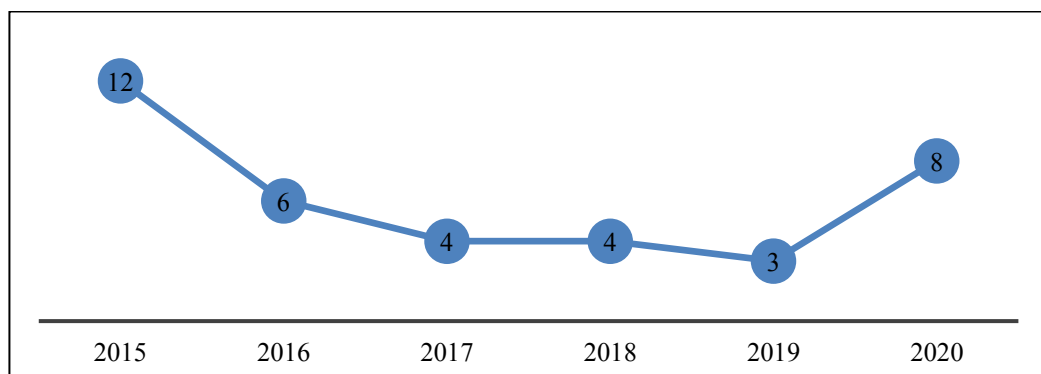
Nesta sessão serão descritos os principais achados em cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica iniciando pela etapa da seleção que avaliou problemas relacionados à escolha de medicamentos com base em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos estabelecidos pela CFT que visa assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar o uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.

A CFT possui caráter permanente e deliberativo, com finalidade de assessorar o gestor e toda equipe de saúde no que se refere ao assunto medicamento, também valida protocolos terapêuticos, desenvolve ações educativas com informações técnicas, terapêuticas e farmacológicas, e não pode, de maneira alguma, substituir, desempenhar ou gerenciar a Assistência Farmacêutica (PEREZ JUNIOR, 2018).

2.1.4.2.1 Seleção

Conforme observado no Gráfico 3, foi possível verificar uma diminuição do número de evidências de 2015 a 2020. Dentre os principais achados da pesquisa estão a ausência da CFT ou CFT inativa; não seleção de medicamentos básicos por meio de critérios técnicos que levaram em consideração a necessidade da população; gestão ineficiente da Assistência Farmacêutica na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e aquisições feitas que não correspondem ao perfil epidemiológico.

Gráfico 3 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da seleção.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Estes achados estão em concordância com um estudo com 506 municípios brasileiros que encontrou a ausência de CFT formalizada em 87,5% deles (PEREZ JUNIOR, 2018). Em outro estudo feito por Gerlack *et al.* (2017, p. 7):

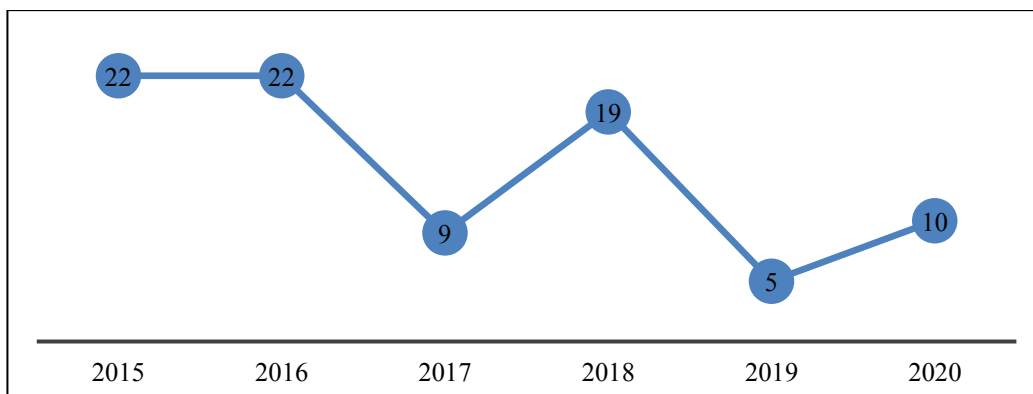
85,3% dos municípios entrevistados nas diferentes regiões tenham respondido que adotam uma lista de medicamentos, a grande maioria (87,5%) não possuía CFT formalizada e quando havia não se reunia com periodicidade. . . . Cabe ressaltar que apenas 34,8% dos municípios pesquisados possuíam comissão de licitação específica para Assistência Farmacêutica, podendo complicar ainda mais o cenário de gestão e comprometer a disponibilidade de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos à população.

2.1.4.2.2 Programação

Nesta etapa foram considerados problemas relacionados com as quantidades necessárias a serem adquiridas a partir de métodos que analisam o perfil epidemiológico, consumo histórico, listas RENAME e REMUME.

Conforme observado no Gráfico 4, teve-se uma diminuição do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão: não possuir lista RENAME ou não está atualizada; medicamentos em falta do Componente Básico, Especializado, RENAME e REMUME; ausência de estudo de demanda e série histórica nos processos licitatórios capazes de nortear o processo de aquisição; falta de programação das quantidades necessárias à realidade de consumo de cada unidade e aquisição de medicamentos fora da lista RENAME e em produtos e serviços diversos do pactuado, como: exames, consultas médicas, combustíveis, despesa com serviço de telefonia.

Gráfico 4 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da programação.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A etapa da programação no ciclo da Assistência Farmacêutica é muito importante, pois tem uma relação direta com o acesso ao medicamento. Se bem elaborada, evita o desabastecimento, reduz a perda de produtos e, conseqüentemente, evita gastos desnecessários com novas aquisições. Para uma programação adequada e consistente, existe a necessidade de que os responsáveis por esta ação disponham de informações seguras sobre consumo e demanda tanto atendida como não atendida, perfil demográfico e epidemiológico, estrutura da rede de saúde local, recursos financeiros disponíveis, além de sistemas de informação e gestão de estoques eficientes (PEREZ JUNIOR, 2018).

Uma vez que os recursos orçamentários são limitados, o Estado criou uma RENAME que deve servir de guia, a qual é periodicamente atualizada, e serve como base para que os municípios elaborem suas próprias relações (REMUME). Dessa forma, os municípios tentam se planejar e organizar, evitando possíveis falhas de desabastecimentos de medicamentos (SILVA, 2018).

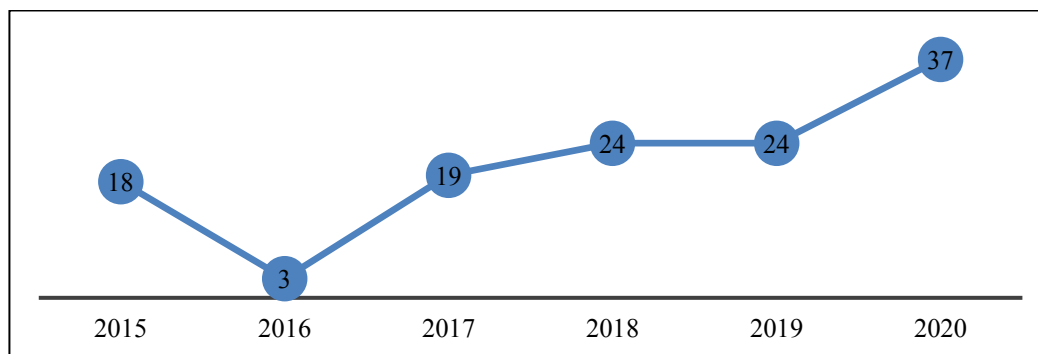
A solução dos problemas na etapa de programação está ao alcance dos entes municipais. É importante que os gestores públicos reconheçam que o aprimoramento da etapa de programação requer investimentos relativamente baixos e que proporcionaria melhorias substanciais na regularidade do abastecimento de medicamentos (PEREZ JUNIOR, 2018).

2.1.4.2.3 Aquisição

Nesta etapa foram considerados problemas relacionados ao processo de compra dos medicamentos, de acordo com a programação estabelecida. Deve responder as seguintes perguntas como: o que comprar, para quem, modo de comprar, quanto, quando e como comprar.

Conforme observado no Gráfico 5, houve um aumento do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão: ausência de motivação quanto à definição da forma de realização do pregão, compra direta para aquisição de medicamentos, não apresentação dos processos licitatórios, ausência de pesquisa de preço, sobre preço e superfaturamento, não comprovação por meio das notas fiscais a totalidade das aquisições, inexistência do termo de referência, ausência de notas fiscais, problemas no processo de licitação, impropriedades nos pregões e a realização de pregão presencial.

Gráfico 5 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da aquisição.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A aquisição é um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, com base na programação estabelecida, com o objetivo de abastecer os medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade. Além de manter a regularidade do sistema de abastecimento (RETTO, 2016).

A aquisição ou contratação de bens e serviços por entes públicos deve seguir a Lei que estabelece normas gerais de licitação e contratação para as Administrações Públicas diretas, autárquicas e fundacionais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e é regulamentada pela Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, conhecida como lei de licitações e contratos administrativos.

Por se tratar de normativa legal, pode parecer certa obviedade a aquisição de medicamentos ser realizada através de licitações. No entanto, estudo publicado em 2008, analisou o relatório de auditorias realizadas pela Controladoria Geral da União (CGU) em 597 municípios brasileiros e encontrou que em 19,4% deles ocorria inobservância das normas de aquisição. O estudo considerou como inobservância quando foi constatado que o município deixou de realizar os procedimentos obrigatórios para a realização de compras pelo setor público (licitação) ou quando a licitação foi feita sem observância de todos os requisitos previstos em lei. (VIEIRA, 2008, apud PEREZ JUNIOR, 2018, p. 65).

As dificuldades na aquisição de medicamentos enfrentadas pelos órgãos públicos foram tema da Nota Técnica nº 15 de 2014 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde que obteve informações junto aos Estados e aos municípios através do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, onde observou diversas dificuldades na aquisição de medicamentos, entre elas: - Licitações sem interesse das empresas farmacêuticas, dos fabricantes como distribuidoras em participar dos processos licitatórios; - Aumento desproporcional de preços em relação às aquisições anteriores; - Não cumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores; - Não

cumprimento das exigências contidas nos editais como, por exemplo: documentos técnicos; - Solicitações frequentes de cancelamento de empenhos (PEREZ JUNIOR, 2018).

Sem alternativas, os municípios daquele Estado muitas vezes adquirem os medicamentos nas drogarias o que resulta em um maior custo. O desinteresse das empresas em fornecer medicamentos para os municípios de pequeno porte, que geram os fracassos e deserções nas licitações e o não cumprimento dos prazos na entrega, são problemas que dificilmente serão superados por cada município de forma individual. Por outro lado, os fornecedores de medicamentos alegam que, pelos valores estabelecidos nos processos de compra e o volume destinado para atender aos municípios de pequeno porte, não compensa sequer a emissão da Nota Fiscal (PEREZ JUNIOR, 2018).

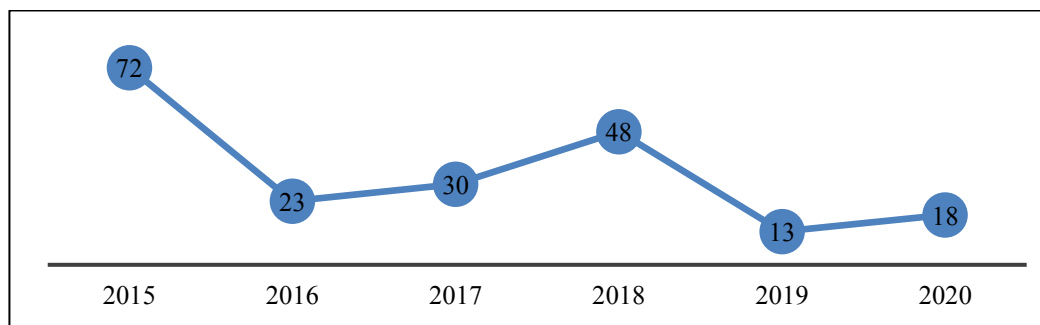
Problemas em um processo de aquisição ruim resultam em faltas recorrentes de alguns medicamentos e excesso de outros, prescrições “irracionais”, compras de urgência, desperdício de recursos e disponibilização de medicamentos de baixa qualidade o que compromete a qualidade na assistência (RETTO, 2016).

2.1.4.2.4 Armazenamento

Nesta etapa foram considerados problemas relacionados aos procedimentos técnicos e administrativos que buscam garantir as condições adequadas de recepção, armazenamento, conservação e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário. Contempla também ausência de documentação como por exemplo Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos, Manual de Boas Práticas, Alvará Sanitário e problemas de estoque.

Conforme observado no Gráfico 6, ocorreu uma diminuição do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão: falta de instalações, instalações inadequadas, ausência de procedimentos instituídos no recebimento e conferência de medicamentos, controle de estoque ineficiente, falta de documentação sanitária, falta de documento com informação da posição de estoque, controle de estoque manual, estocagem inadequada de termolábeis, ausência de área específica para segregação de medicamentos com prazo de validade vencido, avariados ou com suspeita de alteração, inexistência de ações voltadas para o controle de pragas e vetores.

Gráfico 6 – Quantidade de evidências não conformes na etapa do armazenamento.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Os principais problemas descritos na literatura relacionados a etapa de armazenamento foram a falta de espaço físico, número insuficiente de equipamentos, ventilação inadequada e ausência de controle da temperatura (PEREZ JUNIOR, 2018).

Perez Junior (2018, p. 63) citou uma pesquisa

que analisou os relatórios de fiscalizações realizadas pela CGU, encontrou que em 71,4% dos 660 municípios investigados o controle de estoque era ausente ou deficiente [...]. Os sistemas de informação são fonte essencial no processo de gestão, controle e auditoria de todo o processo e buscam apoiar uma gestão eficiente dos recursos utilizados na prestação dos serviços de saúde.

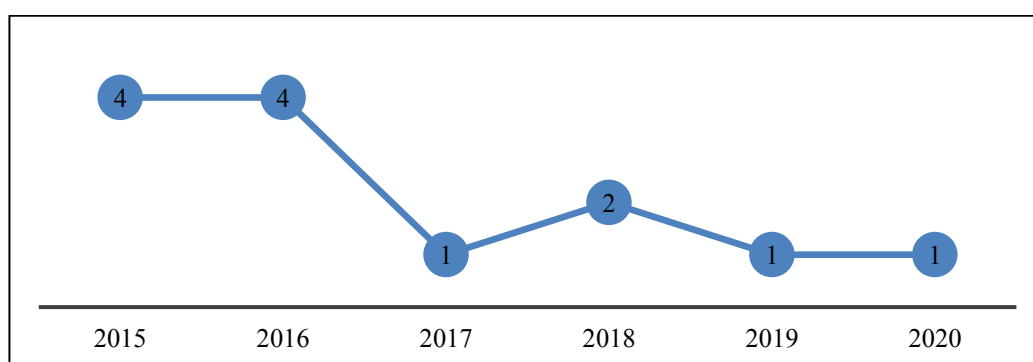
Outra opção é a utilização do Sistema HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica que foi elaborado e disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de qualificar a gestão da Assistência Farmacêutica. Nele é possível a execução de ações de gestão dos medicamentos, movimentações de entrada, distribuição e dispensação, geração de diferentes relatórios com informações gerenciais, que subsidiam o planejamento e desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica. A sua utilização apesar de recomendável, não é obrigatória. Cada ente federativo pode optar pela aquisição dos sistemas que julgarem mais adequados a sua realidade (PEREZ JUNIOR, 2018).

Em 2011, gestores locais e profissionais de saúde de 1.247 municípios (16 estados) que aderiram ao Hórus responderam a questionários sobre a Assistência Farmacêutica na atenção básica e sobre o Sistema Hórus. As principais mudanças identificadas após a implantação desse Sistema foram: melhoria do controle técnico e científico da qualidade da Assistência Farmacêutica, da dispensação dos medicamentos e da atenção à saúde; capacitação dos recursos humanos e gestão do conhecimento; melhoria da relação gestores de saúde/usuários de medicamentos; da gestão administrativa e maior gestão interfederativa; e melhoria da infraestrutura tecnológica (COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012).

2.1.4.2.5 Distribuição

Nesta etapa foram considerados problemas relacionados a entrega dos medicamentos às unidades de saúde, quantidade, qualidade e tempo oportuno. Conforme observado no Gráfico 7 ocorreu diminuição do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão distribuição ineficiente, quantidade requisitada não atendida, falta de planejamento estratégico, falhas na logística de recebimento, falta de fluxo de distribuição de medicamentos.

Gráfico 7 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da distribuição.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Esta etapa deve ser realizada mediante a utilização de sistemas de informação para um gerenciamento adequado e com um cronograma estabelecido, a fim de evitar atrasos ou desabastecimentos. Deve garantir também que os medicamentos cheguem ao seu destino nas quantidades corretas e de forma íntegra. Desta forma, o transporte de medicamentos constitui um fator importante e deve ser monitorado durante todo o seu processo para que se mantenham as condições adequadas, pois uma falha pode trazer riscos à estabilidade e integridade dos medicamentos (PEREZ JUNIOR, 2018).

Segundo a Resolução – RDC n.º 360, de 27 de março de 2020 (p. 1):

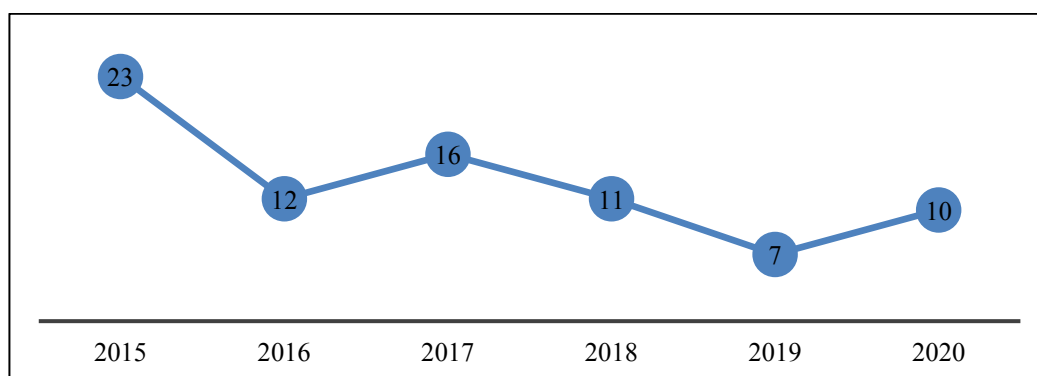
A obrigatoriedade do monitoramento de temperatura e umidade prevista no inciso II pode ser isentada, quando o tempo máximo de transporte for comprovado nos registros como inferior a 8 (oito) horas, este for realizado ao ponto final de dispensação do medicamento e forem utilizadas embalagens térmicas que disponham de qualificação condizente com o tempo e as condições do transporte.

2.1.4.2.6 Prescrição e Dispensação

Nesta etapa foram considerados problemas relacionados a ausência do farmacêutico responsável técnico, utilização e uso de medicamentos e documentação como por exemplo Certificado de Regularidade Técnica, Procedimento Operacional Padrão (POP) na operacionalização da Assistência Farmacêutica.

Conforme observado no Gráfico 8 houve diminuição do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão: Ausência de manual de Boas Práticas Farmacêuticas e POP, ausência do Certificado de Regularidade Técnica, ausência de farmacêutico ou ausência em período integral, falta de processo de educação continuada, irregularidades nas receitas médicas, falta de padronização na rotina da dispensação, ausência de escrituração, guarda e balanços dos medicamentos controlados, tempo de espera do atendimento muito longo, ausência de acompanhamento farmacoterapêutico.

Gráfico 8 – Quantidade de evidências não conformes na etapa da prescrição e dispensação.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

Segundo a definição da Política Nacional de Medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, p. 1) a dispensação:

É o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase do cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

A dispensação não pode ser reduzida a uma mera entrega de medicamentos, mas deve ser entendida como a interação do farmacêutico com o paciente que, além de identificar possíveis erros de prescrição, garante o seu cumprimento e o uso correto do medicamento, ajuda

na adesão ao tratamento, garante o fornecimento adequado do medicamento e disponibiliza informações técnicas e corretas.

A atuação do farmacêutico na dispensação, além de um ato de promoção à saúde, é também um ato de economia para o usuário e para o sistema, já que o uso inadequado de medicamentos acarreta maiores despesas como novos tratamentos, internações e até erros de medicação que podem levar a óbito.

Muitas vezes o farmacêutico não está presente nas unidades de saúde por acharem que a contratação destes profissionais é uma despesa elevada. A atuação no cuidado dos pacientes pode trazer melhores resultados nos tratamentos e também gerar economia já que com a melhora da adesão ao tratamento se tem um maior controle das doenças.

Por vezes há um acúmulo de função onde os farmacêuticos se dividem tanto na área de gestão como na dispensação não tendo exclusividade destes profissionais para atenderem os pacientes o que resulta na dispensação de medicamentos realizada por outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros, ou, com maior frequência, por profissionais sem formação superior (PEREZ JUNIOR, 2018).

Estudo integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015, investigou municípios das 5 regiões do país e entrevistou 1.139 profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos. Entre os entrevistados, apenas 16,6% eram farmacêuticos e 50,3% possuíam formação até o ensino médio. (KARNIKOWSKI *et al.*, 2017, apud PEREZ JUNIOR, 2018, p. 78).

O resultado acima explica alguns problemas encontrados pela ausência do farmacêutico na dispensação como falta de registros de controle dos tratamentos, ausência de históricos de dispensação e falta de rastreabilidade dos medicamentos dispensados. Muitas queixas como deficiências na estrutura para desempenhar as atividades são expostas, além de falta de computador e internet, baixa velocidade ou instabilidade da rede, sistema de informação pouco eficiente na interface de digitação dos dados e a necessidade de muito tempo para digitar todas as informações da dispensação (PEREZ JUNIOR, 2018).

Apenas como exemplo:

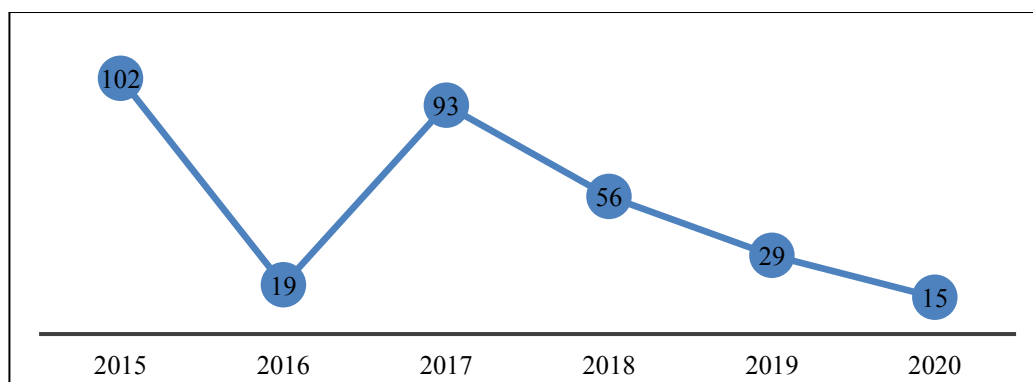
Durante 2019, mais de 50% dos municípios piauienses não possuíam no seu quadro de pessoal pelo menos um farmacêutico responsável pela política de medicamento. Dos profissionais existentes, apenas cerca de 40% eram efetivos. Quase 90% dos municípios não possuem farmacêuticos efetivos (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020, p. 5).

2.1.4.2.7 Outros

Nesta etapa foram considerados os demais tópicos encontrados nas evidências fora do ciclo da Assistência Farmacêutica como, por exemplo: Financiamento, Gestão, Contrapartida, Comprovação de despesa, Estrutura física, Recursos Humanos e etc.

Conforme observado no Gráfico 9, houve diminuição do número de evidências ao longo do período analisado. Dentre os principais achados da pesquisa estão: financiamento, contrapartida, gerenciamento, gestão, comprovação de despesa, cadastro, pagamentos, recursos humanos, plano da Assistência Farmacêutica, estrutura física, atendimento à demanda/clientela estimada.

Gráfico 9 – Quantidade de evidências não conformes na classificação outros.



Fonte: Dados da pesquisa (2021).

A classificação como Outros chamou atenção por ser a de maior destaque (37%) em relação às demais etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica: Seleção (4%), Programação (10%), Aquisição (15%), Armazenamento (23%), Distribuição (2%), Prescrição e Dispensação (9%). Durante o período analisado a quantidade de evidências foi diminuindo o que podemos concluir que estas foram classificadas dentro das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica. Isso é importante para padronizar o processo do relatório de auditoria.

Um ponto encontrado foi a de comprovação de despesas que não é feita de forma adequada conforme achado nesta pesquisa e também constatado pelo Tribunal de Contas do Piauí de 2019. Foram identificados 123 municípios que realizaram lançamentos de itens com funções diversas no mesmo empenho, registrando juntamente medicamentos, material de expediente, copa e cozinha, limpeza e higienização, hospitalar, odontológico, laboratorial, gênero alimentício e, até mesmo, material permanente. Além disso, 120 municípios do Estado praticaram erros na classificação dessas despesas, repercutindo, até mesmo, no cálculo de

despesa de pessoal e no limite de gastos de saúde do município (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PIAUÍ, 2020, p. 1).

Outro aspecto é que em muitos locais existem ainda, municípios que tanto a gestão como a execução da Assistência Farmacêutica são realizados por outros profissionais que não o farmacêutico ou locais que contam apenas com o farmacêutico em um determinado período.

Por vezes a ausência de plano da Assistência Farmacêutica na gestão é uma realidade e muitos municípios não possuem um organograma o que compromete o planejamento, pois a Assistência Farmacêutica só pode ser considerada unidade gestora quando está formalizada no organograma. Caso contrário, não disponibilizará de orçamento, respaldo legal e recursos humanos próprios (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; MAGARINO-TORRES *et al.*, 2013, apud PEREZ JUNIOR, 2018, p. 54).

2.1.5 Conclusão

A auditoria como forma de gestão permite a avaliação e o monitoramento dos serviços prestados e por meio delas é possível identificar achados de não conformidades e esses podem ter o desdobramento em ações corretivas. Muitas dessas não conformidades são recorrentes e para melhorar o processo de auditoria e reduzir os riscos, são realizados relatórios com recomendações que mencionam a legislação vigente como pactos, normas, portarias, decretos e leis ou até mesmo recomendações de órgãos reguladores.

A incorporação da auditoria, aliada à gestão dos municípios, pode ajudar nas atividades de regulação, controle e avaliação dos serviços prestados aos usuários do SUS, garantindo assim uma maior qualidade na assistência (MOTA; CARRARO; ARAÚJO, 2018).

A Assistência Farmacêutica passou a ter sua gestão descentralizada, com responsabilidades compartilhadas entre as esferas de governo e a pesquisa demonstrou através das não conformidades apontadas nos relatórios que muitos municípios auditados neste período de 2015 a 2020 apresentaram dificuldades para realizar essa gestão.

Como limitações desta pesquisa está a falta de parâmetros das avaliações uma vez que não há um único instrumento formalizado dentro do departamento DENASUS, ou seja, cada auditoria utilizou um instrumento próprio de avaliação. Além disso, os embasamentos das evidências por vezes eram extensos o que dificultou a classificação mediante as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e por isso foram criados critérios que muitas vezes se encaixavam em mais de uma etapa.

Durante a análise das evidências não foi visto uma avaliação de desempenho dos serviços de saúde segundo os critérios usados por Albuquerque e Martins (2017) como, Efetividade; Acesso; Eficiência; Respeito ao direito das pessoas; Aceitabilidade; Continuidade; Adequação; Segurança.

Ao longo dos anos ocorreu uma diminuição do número de evidências passando de 253 para 100 evidências. Ficou claro que existem problemas decorrentes da fragilidade da gestão e a necessidade de aprimoramento de diversos aspectos no âmbito municipal. A pesquisa analisou as evidências de todo o ciclo da Assistência Farmacêutica e foi revelado dificuldades em todas as etapas, sendo a etapa do armazenamento a de maior destaque seguida da aquisição com 23% e 15% respectivamente.

Dentre os principais achados na etapa do armazenamento foi identificada a falta de instalações e a inadequação, ausência de procedimentos instituídos no recebimento e conferência de medicamentos, controle de estoque ineficiente, falta de documentação sanitária, estocagem inadequada de termolábeis, ausência de área específica para segregação de medicamentos com prazo de validade vencido, avariados ou com suspeita de alteração.

Os medicamentos podem ser alterados no processo de estocagem, se este for feito em condições ambientais inadequadas, como: temperatura e umidade relativa do ar elevada e exposto à luz direta. O armazenamento tem o objetivo de garantir a preservação da qualidade de forma ordenada e eficiente dos medicamentos, em condições de segurança e higiene adequadas. Portanto, o local deve prover de condições apropriadas para manutenção da integridade e conservação dos produtos, e protegê-lo de todas as influências potencialmente danosas.

Já na aquisição os principais achados da pesquisa foram a ausência de motivação quanto à definição da forma de realização do pregão, compra direta para aquisição de medicamentos, não apresentação dos processos licitatórios, ausência de pesquisa de preço, inexistência do termo de referência, ausência de notas fiscais, problemas no processo de licitação, impropriedades nos pregões e a realização de pregão presencial.

Na prática o estudo traz uma contribuição para as entidades públicas, pois foi possível identificar os principais *gaps* na Assistência Farmacêutica e a partir disso traçar novas estratégias de melhorias. Como ganho imediato, para realizar novas auditorias, um novo protocolo já está sendo desenvolvido para auditar a Assistência Farmacêutica e aliado a isso um sistema de auditoria também está sendo construído.

Assim, estudos desta natureza contribuem para a melhoria da aplicação dos recursos públicos onde através da identificação dos principais aspectos podemos ter uma auditoria baseada em riscos acrescentando maior valor a organização. Sugere-se que esta temática seja continuada ampliando o objeto de estudo para além da Assistência Farmacêutica, pois estas não conformidades podem ocorrer em outras áreas e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 118-137, mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S10>. Acesso em: 10 dez. 2020.

ALCÂNTARA, M. Corrupção desviou R\$ 331 milhões da Saúde do DF nos últimos 5 anos, diz MP. **Jornal Metrôpoles**, Distrito Federal, 27 setembro 2020. Disponível em: <https://www.metropoles.com/distrito-federal/corruptao-desviou-r-331-milhoes-da-saude-do-df-nos-ultimos-5-anos-diz-mp>. Acesso em: 27 set. 2020.

ANDRADE, A. **Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, p. 93. 2013. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

AZEVEDO, G. A.; GONÇALVES, N. S.; SANTOS, D. C. A relação entre a auditoria e o sistema público em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 70, p. 1-19, jan./mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.23973/ras.70.91>. Acesso em: 15 out. 2020.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. Avaliação da gestão descentralizada da Assistência Farmacêutica básica em municípios baianos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>. Acesso em: 10 dez. 2020.

BORGES, C. Vereadores flagram remédios vencidos em depósito da Prefeitura. **MidiaNews**, 23 abril 2021. Disponível em: <https://www.midianews.com.br/politica/vereadores-flagram-remedios-vencidos-em-deposito-da-prefeitura/397548>. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 10 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 13.021, de 8 de agosto de 2014**. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2014/lei/113021.htm. Acesso em: 08 fev. 2023.

BRASIL. **Lei n.º 14.133, de 1º de abril de 2021**. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRITO, C. Esquemas de corrupção que desviaram quase R\$ 1,8 bilhão dos cofres públicos da saúde do RJ desde 2007; este valor supera gastos com a pandemia. **Portal G1 Rio**, Rio de Janeiro, 29 setembro 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/09/29/esquemas-de-corrupcao-desviaram-quase-r-18-bilhao-da-saude-do-rj-desde-2007-valor-supera-gastos-com-a-pandemia.ghtml>. Acesso em: 29 set. 2020.

CASTRO, C. G. S. O.; OLIVEIRA, M. A.; VASCONCELOS, D. M. M. Assistência Farmacêutica: um campo em consolidação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2432-2433, ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017228.13492017>. Acesso em: 10 dez. 2020.

COSTA, S. M.; NASCIMENTO JUNIOR, J. M. HÓRUS: inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. suppl 1, p. 91-99, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910201200500006>. Acesso em: 10 dez. 2020.

GERLACK, L. F. *et al.* Gestão da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. suppl. 2, p. 1-15, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>. Acesso em: 10 dez. 2020.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Portal de Assistência Farmacêutica. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20omunicipais_2003.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/l14133.htm. Acesso em: 10 abr. 2021

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principios_diretrizes_regras_auditoria_sus.pdf. Acesso em: 10 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n.º 338 de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 10 abr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução n.º 360 de 27 de março de 2020**. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 304, de 17 de setembro de 2019, que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília. Diário

Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-360-de-27-de-marco-de-2020-250404862>. Acesso em: 05 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/renome>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MOTA, E. M. A.; CARRARO, F. M.; ARAÚJO, A. P. S. A importância das equipes multiprofissionais nas centrais de regulação e auditoria do SUS. **Revista Uningá**, Maringá, v. 55, n. 4, p. 1-6, out./dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.46311/2318-0579.55.eUJ2185>. Acesso em: 15 maio 2021.

PEREZ JUNIOR, V. (2018). **Análise da gestão da Assistência Farmacêutica na região do Vale do Jurumim – SP, sob a perspectiva de conformação das RAS**. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, p. 152. 2018. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

PIMENTA, D. S. **Elaboração de uma proposta de integração das auditorias internas: Estudo de caso de um hospital universitário**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, p. 96. 2020. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

RETTO, M. P. F. **Aula de farmácia hospitalar**. Daros Centro de Qualificações Profissionais, 04 maio 2015.

SANTOS, H. F. S. (2016). **A falha de coordenação na Assistência Farmacêutica básica no Brasil: Um estudo sobre accountability e controle de política pública**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Desenvolvimento e Políticas Públicas) – Fundação Oswaldo Cruz, p. 75. 2016. Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF, Brasil.

SILVA, A. O. **Os entraves para aquisição de medicamentos em pequena escala que não fazem parte da relação municipal de medicamentos – REMUME**. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Gestão Pública) – Universidade de Integração Internacional, p. 41. 2018. Universidade de Integração Internacional, São Francisco do Conde, BA, Brasil.

Tribunal De Contas do Estado do Piauí. **Diagnóstico da Gestão da Assistência Farmacêutica. Municípios – Exercício 2019**. 2020. Disponível em: <https://www.tce.pi.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/relatorio.pdf>. Acesso em: 05 set. 2020.

2.2 ARTIGO 2

**INVESTIGAÇÃO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE
AUDITORIA NOS HOSPITAIS DE ENTIDADES PÚBLICAS EMPRESARIAIS
PORTUGUESAS**

**INVESTIGATION ON THE IMPLEMENTATION OF NA AUDIT SYSTEM IN
PORTUGUESES HOSPITALS OF PUBLIC BUSINESS ENTITIES.**

Pamela Rodrigues Pedroso³
Fernando Richartz⁴

Resumo

Com a função de Auditoria Interna ganhando preponderância nas instituições, é importante desenvolver ferramentas que auxiliem esta atividade e criem oportunidades de melhoria, como por exemplo a elaboração de um sistema informatizado. Essa investigação teve como objetivo identificar como foi a implementação do sistema *Software de Analytics & Soluções* (SAS) *Enterprise Governance Risk and Compliance* (EGRC) - módulo de auditoria nos dez hospitais selecionados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usou a técnica de análise de conteúdo por meio da coleta de dados narrativos. O sistema de auditoria que foi apresentado e operacionalizado para todos os Hospitais de Entidades Públicas Empresariais (EPE) durante o ano 2018 visava gerir todo o ciclo da auditoria em uma única plataforma. O resultado desta investigação identificou que um sistema de auditoria ainda não é realidade em muitos desses hospitais. Conclui-se que esta investigação merece ser ampliada com a inclusão dos auditores que participaram na época da implementação do sistema para que se possa compreender os motivos do projeto não ter alcançado êxitos nos hospitais investigados.

Palavras-chave: auditoria; tecnologia da informação; sistema de auditoria.

Abstract

With the Internal Audit function winning preponderance, it is important to develop tools to assist this activity and create opportunities for improvement, for example the elaboration of a information system. This investigation aimed to know how was the implementation of the system *Software de Analytics & Soluções* (SAS) *Enterprise Governance Risk and Compliance* (EGRC) - audit module in the ten hospitals selected by the Central Administration of the Health System (ACSS). This is a qualitative and descriptive research that used the technique of content analysis through the collection of narrative data. The audit system that was presented and operationalized for all Hospitals of Public Business Entities (EPE) during 2018

³ Mestrado em Controle de Gestão na Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: pamelarpedroso@gmail.com.

⁴ Doutor em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: fernandorichartz@gmail.com.

aimed to manage the entire audit cycle on only platform. The result of this investigation seems to suggest that an auditing system is not yet a reality in many of these hospitals. It is concluded that this investigation deserves to be expanded with the object of study the auditors who participated at the time to understand the reasons for the project not having gone ahead.

Keywords: audit; information technology; audit system.

2.2.1 Introdução

Em 2005 deu-se a alteração estatutária nos hospitais portugueses, tendo o governo transformado os antigos Hospitais SA – Sociedade Anônima em Hospitais EPE – Entidades Públicas Empresariais, “que são empresas públicas com autonomia administrativa e financeira, cuja atividade é financiada por meio de contratos-programa de produção celebrados entre os hospitais e o Serviço Nacional de Saúde (SNS), conforme previsto no Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto” (MATEUS; ALVES, 2015, p. 2).

A figura de auditor interno veio por meio do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que no seu art.º 17.º do Anexo II, e logo depois pelo Decreto-Lei n.º 244/2012, de 9 de novembro, criou-se o Serviço de Auditoria Interna (SAI) passando assim a ser obrigatório esta função em todos os Hospitais EPE (ALEXANDRE, 2016). “As unidades de saúde do SNS encontram-se sujeitas a um conjunto de exigências e restrições, dispondo muitas vezes de recursos limitados, sejam eles humanos, financeiros ou tecnológicos” (ALEXANDRE, 2016, p. 8).

Segundo o *The Institute of Internal Auditors* (IIA, 2022), a auditoria interna é uma atividade de avaliação e consultoria independente e objetiva, desenvolvida para agregar valor e melhorar as operações de uma organização. Ela ajuda uma organização a atingir seus objetivos, trazendo uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de gerenciamento de riscos, controle e governança.

Com a função de Auditoria Interna ganhando preponderância, é importante desenvolver ferramentas para auxiliar essa atividade e criar oportunidades de melhoria, como, por exemplo, a elaboração de um sistema informatizado de auditoria. O papel da auditoria se faz fundamental para garantir que os recursos públicos sejam aplicados corretamente, promovendo a sua boa utilização e também ajudam a prevenir e a identificar fraudes.

Segundo IEEE Staff (2012, p. 1, tradução nossa) “novas ferramentas são necessárias para apoiar a inovação e para facilitar a melhoria da gestão existente e dos processos de

trabalho”. Assim, a utilização da tecnologia como fonte de geração de informações oferece dados aos gestores das organizações, que agilizam suas tomadas de decisão, uma vez que, estas informações têm que ser rápidas, precisas e confiáveis, daí a importância de as empresas buscarem como alternativa, sistemas de informática integrados que suportem, com segurança, esses dados.

Nessa circunstância, a auditoria surge como elemento essencial, que pelos seus procedimentos e técnicas, cria um cenário de confiança e segurança nos processos operacionais e na consolidação dos dados e informações inseridos nestes sistemas de informática integrados (RODRIGUES; MARTINS; CARMO, 2013). “A integração de sistemas de informação em saúde (SIS) é essencial para melhorar os serviços de saúde em hospitais” (IEEE STAFF, 2012, p. 1, tradução nossa).

Segundo investigação feita por Alexandre (2016, p. 23), que aplicou um questionário a todos os serviços de Auditoria Interna das Entidades do SNS um total de 53 entidades e teve como pontos de sua pesquisa “conhecer as Tecnologias de informação, as Ferramentas de Auditoria e monitorização utilizadas na função Auditoria interna”, os resultados apontam que, quando questionados sobre os pontos fracos da função da auditoria interna, os participantes identificaram 24 pontos fracos, sendo que os que obtiveram maior número de respostas foram: a “Escassez de Recursos humanos e meios” com 25 respostas, seguindo da “Falta de ferramentas informáticas, nomeadamente software de auditoria” (10 respostas).

Ainda na pesquisa de Alexandre (2016), quando questionaram os auditores internos se utilizavam outras aplicações de produtividade para além do *Microsoft Office*, 90% responderam negativamente. Apenas 10% responderam que utilizavam outras ferramentas informáticas. Para os inquiridos que responderam que utilizavam outras ferramentas informáticas, as respostas obtidas foram: as internas, do hospital, consoante a área em análise (1); Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares - SONHO (2); Companhia Portuguesa de Computadores e *HealthCare Solutions* - CPCHS (2); *Software de Workforce Management* chamado *Sisqual* (1); Sistema *Enterprise Resources Planning* chamado *Navision* (1); *Software* de Saúde chamado *Alert* (1) e *Business Intelligence* (1), sendo que nenhuma destas pode ser considerada ferramentas de auditoria. Por fim, quando “questionados se necessitavam de uma ferramenta informática na função de Auditoria Interna, 69% dos inquiridos responderam afirmativamente”, que necessitavam de uma ferramenta informática para além do *Microsoft office* (ALEXANDRE, 2016, p. 50).

Em 2018, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) de Portugal escolheu em uma 1.º fase 10 entidades piloto para participarem da implementação de um novo sistema de auditoria, tendo por base os seguintes critérios:

- representação de hospitais, centros hospitalares, Instituto Português de Oncologia (IPO), unidades locais de saúde (todos de natureza EPE), mas com realidades que podem ter especificidades;
- cobertura regional do país (norte, centro Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo/Algarve);
- alguma estabilidade e experiência na função de auditoria interna;
- abertura e disponibilidade para colaborar.

As unidades selecionadas foram: Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro; IPO do Porto; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Centro Hospitalar do Porto; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar do Médio Tejo; Centro Hospitalar de Lisboa Norte; Unidade Local de Saúde do litoral Alentejano e Hospital do Espírito Santo de Évora.

A utilização de um sistema único passa a ter maior agilidade, eleva a eficiência, o grau de segurança das informações e trata em tempo real os dados. Proporciona também, uma visão sistêmica da operação, integra vários sistemas de informações e um único ambiente, promovendo assim avanços na tecnologia da informação, maior qualidade e suporte para melhor tomada de decisão.

Assim, perante o exposto, o objetivo desta pesquisa é de identificar como foi a implementação de um sistema próprio para área de auditoria, chamado de sistema *Software de Analytics & Soluções* (SAS) Enterprise *Governance Risk and Compliance* (EGRC) - módulo de auditoria, nesses dez hospitais selecionados pela ACSS, visto que é importante desenvolver ferramentas que dão suporte esta atividade.

Este trabalho encontra-se dividido nos seguintes tópicos: além desta introdução, apresenta-se o conhecimento na fundamentação teórica na qual há uma contextualização sobre o tema sistema de informática na área da saúde e auditoria, em seguida tem-se a metodologia que apresenta como o trabalho foi elaborado, posteriormente a apresentação e análise dos dados e finalizando com a conclusão.

2.2.2 Fundamentação teórica

A área da saúde tem evoluído e demonstrado muitas mudanças que causam melhorias na vida dos pacientes e dos profissionais que ali atuam. Se antes o cuidado com a saúde era baseado em apenas consultas e exames simples, hoje, a tecnologia da informação (TI) em saúde leva a assistência a um outro nível, possibilitando diagnósticos cada vez mais precisos e rápidos, procedimentos e tratamentos diferenciados, que contribuem para melhoria da saúde e bem-estar do paciente.

Além disso, tornou-se uma ferramenta imprescindível para diversas organizações que cada vez mais tem seus processos mais dependentes dela. A utilização de procedimentos de Auditoria de TI mostra-se importante para garantir que a Gestão de TI esteja colaborando para o atendimento dos objetivos da organização e para a diminuição das fragilidades que colocam em risco a confiabilidade das informações mantidas nos sistemas da organização (ROCHA; BARCARO; HANASHIRO; REIS; ANTUNES, 2007).

A gestão da informação possibilita que os profissionais de saúde desempenhem as atividades com segurança, efetividade e eficiência, integrando a informação, facilitando a comunicação, coordenando as ações entre os múltiplos membros das equipes, fornecendo meios para apoio financeiro e administrativo. A eficiência está relacionada à otimização do uso de recursos para a realização dos diversos processos desempenhados pelos profissionais, tanto no cuidado direto, como na administração (BITTAR; BICZYK; SERINOLLI; NOVARETTI; MOURA, 2018).

“As atividades de saúde não são mais atos isolados e, como tal, os profissionais de saúde e gestão estão muito cientes dos crescentes dependência de Sistema Integrado de Saúde - SIS eficazes e precisos para apoiar os processos de saúde integrados” (IEEE STAFF, 2012, p. 3, tradução nossa).

Mediante ao avanço tecnológico, é possível gerar muitas informações, compilar dados, operar equipamentos, realizar novas práticas junto ao cuidado do paciente. Como exemplos conhecidos temos o prontuário eletrônico, cirurgias minimamente invasivas, emissão de receitas e laudos à distância e até mesmo consultas *online* que aumentaram muito no decorrer da pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (MEU CONSULTÓRIO, s.d.). “Essa utilização de diferentes sistemas, utilizando aplicações e interfaces díspares e obtendo formatos diversos

é provavelmente a maior dificuldade para a realização eficiente das tarefas cotidianas” (IEEE STAFF, 2012, p. 3, tradução nossa).

Apesar da área da saúde ser um dos setores onde é feito grande investimento em tecnologia da informação, verifica-se ainda um enorme atraso em relação aos seus impactos, uma vez que não é comum a avaliação que a adoção dessas tecnologias causa, o que se estranha, “sobretudo se verificarmos que o contexto hospitalar é extremamente produtivo em termos produção científica” (DINIZ; NASCIMENTO, 2015, p. 1).

A “adoção de novas tecnologias não veio provocar uma diminuição significativa dos recursos, mas em contrapartida, veio permitir a sua redistribuição, o aumento das suas competências e responsabilidade e a necessidade de maior formação e a valorização profissional” (DINIZ; NASCIMENTO, 2015, p. 5).

A implantação de sistemas de informática integrados traz vantagens para a empresa e são potencializados quando passam por processos de auditoria, que garantem sua eficiência e eficácia, executada diretamente através da auditoria de informática e indiretamente através da auditoria dos seus sistemas de informação (RODRIGUES *et al.*, 2013). Um sistema de auditoria deve possuir “recursos e funcionalidades que permita com que o processo de inspeção seja mais fácil, otimizado e ágil” (MARTINS, 2021, p. 1). A coleta dos dados e a análise dessas informações devem ser realizadas em um único local proporcionando a visão sistêmica da operação e a centralização das informações e para isso acontecer “é comum que o *software* de auditoria disponibilize um painel de controle chamado *dashboards*, que é uma ferramenta de gestão visual onde apresenta os dados, de forma clara e objetiva podendo ser em tempo real, e/ou relatórios para o acompanhamento das checagens realizadas” (MARTINS, 2021, p. 1).

Informação é essencial para planejar, cuidar e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Ter informação, além de viabilizar e dar poder de decisão, permite que o profissional tenha atuação ética, baseada em princípios científicos atuais e evidentes. Ou seja, todas as atividades em saúde estão relacionadas com a busca e o uso da informação. Nesse sentido, quanto melhor os sistemas informatizados conseguem registrar, armazenar e disponibilizar esta informação, tanto melhor será o ato do profissional – melhor informação, maior qualidade na tomada de decisão (GROSSI; PISA; MARIN, 2015).

Entretanto, a implantação desses sistemas não é um trabalho fácil, principalmente se a empresa não possuir uma cultura e um sistema organizacional, com fluxos bem definidos para adaptar seus processos à essa nova tecnologia, que deve ser amplamente discutida com quem

vai utilizá-la (RODRIGUES *et al.*, 2013). É preciso criar um ambiente favorável para receber uma nova tecnologia em que todos estejam aptos a utilizá-la. Para o sucesso na implementação dos sistemas de informação na saúde, há que garantir que (CARDOSO, 2010, p. 29):

- Se desenvolvam de forma incremental, acrescentando componentes compatíveis de forma faseada;
- Utilizem *standards* (padrões) que possibilitem a integração com outros sistemas e comparação da informação;
- Garantam a segurança e confidencialidade dos dados e da informação;
- Obtenham o apoio dos elementos chave, nomeadamente dos órgãos de decisão;
- Promovam a educação (se ocorrem mudanças na prática profissional) e o treino (no sistema de informação em concreto, sendo necessário avaliar a literacia informática dos utilizadores)
- O processo de desenvolvimento, lançamento e operacionalização pode decorrer numa dinâmica de gestão por projetos;
- Se realize uma avaliação e desenvolvimento contínuos; e
- Se realize uma análise e adaptação ao ambiente.

A auditoria tem função primordial para subsidiar um sistema de gestão vinculado à qualidade, pois, contribui em diversos aspectos como adequação e eficácia, integridade e confiabilidade das informações e registros, estabelecidos para efetivar as metas, planos, procedimentos, regras, normas e regulamentos, assim como sua utilização da maneira indicada para determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas e, ao mesmo tempo, permitir-nos reconhecer os importantes mecanismos envolvidos no processo (MEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2021).

Segundo pesquisa feita por Meira *et al.* (2021), em uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa sobre a temática de auditoria em saúde, a auditoria hospitalar é entendida por todos os autores selecionados na sua pesquisa como imprescindível para o alcance do processo de qualidade, como uma observação direta dos processos para que as falhas sejam identificadas e corrigidas e estimula dentro da organização uma cultura de qualidade. Além disso, assegura eficiência e eficácia mantendo a satisfação do cliente e compensando a relação de custo-benefício para instituição (MEIRA *et al.*, 2021).

A auditoria em saúde tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção ao paciente e melhorar a qualidade do atendimento, sendo instrumento de controle e avaliação da gestão,

fiscalizando ações e serviços oferecidos, processos e resultados, informação e comunicação em saúde, garantindo alocação e utilização adequada dos recursos, evitando fraudes, corrigindo erros, além de garantia de acesso à saúde para todos.

O Serviço de Auditoria Interna (SAI) existe de acordo com o Decreto-lei n.º 183/2015 de 31 de agosto, onde a auditoria interna passa a integrar a estrutura orgânica dos hospitais EPE, passando a ter a designação de Função de Auditoria Interna (FAI) no modelo de governação por Serviço de Auditoria Interna.

Nos termos do artigo 19º da Seção III do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro, do Ministério da Saúde de Portugal, compete ao Serviço de Auditoria Interna a avaliação dos processos de controlo interno e de gestão de riscos, nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos, contribuindo para o seu aperfeiçoamento contínuo.

Ao Serviço de Auditoria Interna compete em especial:

- Fornecer ao conselho de administração análises e recomendações sobre as atividades revistas para melhoria do funcionamento dos serviços;
- Receber as comunicações de irregularidades sobre a organização e funcionamento do hospital E.P.E., apresentadas pelos demais órgãos estatutários, trabalhadores, colaboradores, utentes e cidadãos em geral;
- Elaborar o plano anual de auditoria interna;
- Elaborar anualmente um relatório sobre a atividade desenvolvida, em que se refiram os controlos efetuados, as anomalias detectadas e as medidas corretivas a adotar;
- Elaborar um plano de gestão de riscos de corrupção e infrações conexas e os respectivos relatórios anuais de execução.

2.2.3 Metodologia

A presente pesquisa se pauta em informações primárias e secundárias. A base teórica foi desenvolvida a partir da leitura de artigos científicos, teses, dissertações e sites relacionados a área de auditoria. Trata-se de pesquisa qualitativa e descritiva que usou a técnica de análise de conteúdo por meio da coleta de dados narrativos. Segundo Leopardi (2001, apud ALMEIDA, 2022) um estudo descritivo caracteriza-se pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações.

A parte prática foi desenvolvida a partir do envio de *e-mails* para as dez unidades escolhidas pela ACSS sendo estas: Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro; IPO do Porto; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; Centro Hospitalar do Porto; Hospital Distrital da Figueira da Foz; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar do Médio Tejo; Centro Hospitalar de Lisboa Norte; Unidade Local de Saúde do litoral Alentejano e Hospital do Espírito Santo de Évora.

A coleta ocorreu por meio de *e-mail* com pergunta sobre a implementação do sistema e conversa com troca de informações, tendo abertura para incluir novas questões alinhado ao objetivo da pesquisa, caso necessário. Para análise de dados, utilizou-se a revisão de conteúdo das respostas construindo dois quadros: os hospitais que responderam e os que não deram retorno.

Importa ainda esclarecer que muitos dos auditores internos envolvidos no projeto, já não se encontravam no exercício das mesmas funções, e foi sugerido o contato direto com as entidades hospitalares.

No dia 08/12/2021, no intervalo das 9h27 até às 9h54, foi enviado para os *e-mails* institucionais o seguinte texto: “Sou aluna de mestrado pela Universidade do Minho e estou desenvolvendo um trabalho na área de auditoria. Gostaria de fazer uma rápida pesquisa a respeito do sistema implementado SAS EGRC - módulo de auditoria. Existe algum responsável que possa me auxiliar? ”. Para aqueles cujo o contato não existia na página da instituição foi usada a opção fale conosco com o mesmo texto.

Nos dias 14/12/2021 e 22/12/2021, foram reenviados *e-mails* para aquelas instituições que não responderam no primeiro momento com o seguinte texto: “Estou fazendo a pesquisa sobre o sistema e gostaria da participação da instituição. Seria possível algum retorno sobre este assunto?”

Após algumas respostas relatando que o sistema não estava funcionando, foi enviado no dia 21/12/2021 também um *e-mail* para o coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS para saber quais os motivos/barreiras para a não implementação do sistema e se o Gabinete de Auditoria possuía algum sistema em funcionamento e qual seria. Em um segundo momento, foi enviado as seguintes perguntas ao coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS:

- A ACSS nomeia os auditores e direciona as unidades? Ou cada unidade seleciona a sua equipe de auditoria?

- Na época da operacionalização do sistema a ACSS nomeou pessoas responsáveis em cada instituição para participar deste teste ou só nomeou os locais?
- O senhor mencionou que o sistema SAS foi operacionalizado com o apoio dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE gostaria de saber se tem algum contato no Ministério para realizar alguns questionamentos. O órgão desenvolveu o sistema? Foram os responsáveis pelas atualizações?
- Gostaria de saber mais sobre o sistema - O que ele consiste (sistema de informação, gerencial ou operacional)? Como é caracterizado? Como foi disponibilizado? Cada auditor instalou na sua máquina ou foi instalado em cada instituição? Seria possível o auditor usar sem a unidade saber?
- Seria viável uma lista com o nome desses auditores que participaram deste teste em 2018 para realizar uma pesquisa?

2.2.4 Apresentação e análise dos dados

Inicialmente, importa detalhar como foi o processo de implementação do sistema envolvendo os diversos agentes do sistema de saúde português. Primeiro as equipes de auditoria foram selecionadas por cada unidade de saúde, devendo apenas comunicar à ACSS a sua nomeação. Segundo o Coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS, o sistema foi difundido e divulgado em todas as entidades através de reuniões individuais com todos os auditores internos das unidades de saúde.

Em entrevista concedida via *e-mail*, o Coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS informou que este sistema SAS foi operacionalizado com o apoio dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), EPE para a ACSS e visava dar resposta à competência prevista no art.º 3.º da Portaria n.º 155, de 22 de maio de 2012 [Estatutos da ACSS] onde se prevê que a ACSS “Recepcionar e analisar os planos anuais, os relatórios semestrais e anuais de auditoria, elaborados pelos auditores internos dos serviços e estabelecimentos integrados no SNS, bem como os relatórios de acompanhamento sobre a resolução das questões relevadas;” e dar cumprimento no n.º 12 do art.º 19.º dos Estatutos dos Hospitais EPE publicados em anexo ao Decreto-Lei n.º 18, de 10 de fevereiro de 2017 (na sua atual redação) onde se preconizava que “O plano anual de auditoria e o relatório anual de auditoria são aprovados e submetidos pelo conselho de administração às entidades referidas no n.º 8, respetivamente, até 15 de dezembro e 15 de março de cada ano.

Segundo o coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS, o sistema de auditoria SAS EGRC que foi apresentado e operacionalizado para todos os Hospitais EPE durante o ano 2018 e indicado para teste nestes hospitais visava gerir todo o ciclo da auditoria, desde a fase do planeamento anual, com a definição das auditorias internas a realizar, a operacionalização das respectivas auditorias, com a definição dos riscos, áreas, evidências, conclusões e recomendações e relatório final, o relatório de atividades e sistema.

Foi realizada uma apresentação em que abordava os seguintes pontos: Apresentação do Sistema, Considerações Gerais, como entrar na Aplicação, Demonstração da criação do Plano de Auditorias, Demonstração da Criação de Auditoria Interna, Demonstração da Criação de uma “Auditoria Interna”, Utilização do SAS *Office Add-in*: Plano de Auditorias, Relatório de Auditorias e Relatório de Atividades de Serviço de Auditoria Interna e Utilização do *Dashboard*

A aplicação é uma ferramenta na nuvem e é acessada via *browser* que significa navegador e requer uma conexão à internet. Existem três perfis de acesso: Administrador do Sistema – associado à ACSS e SPMS; Chefe de Equipe da Auditoria – associado ao auditor líder de equipe; Auditor – associado ao técnico de auditoria.

No sistema é possível acessar aos principais menus; *Dashboard*, ver a lista de tarefas que incluem missão da auditoria e controle; e usar os atalhos que incluem por exemplo: criar Ação, Avaliação Baseada em Formulários, Avaliação Baseada em Questionários, Conclusão, Controle, Definição de Teste, Efeito Financeiro, Incidente, Missão de Auditoria, Recomendação, Recuperação Direta e Recuperação via Seguro.

Além disso, é possível criar dentro da plataforma uma Auditoria Interna assim como outros tipos de Atividades, visualizar o Cronograma no *Dashboard*, criar o Plano de Auditorias Internas e Aprovar as Atividades.

O sistema permite que ao criar a Atividade de Auditoria seja colocado o título, objetivo, motivo da atividade sendo possível associar qual o ano do Plano Anual de Auditoria esta atividade está ligada e se ela foi uma atividade planejada ou extra. Inclui ainda a data e fim do planeamento, quantos dias previstos para a execução do Relatório, o Âmbito da Auditoria e consegue selecionar a equipe de auditoria.

O sistema conta também com o Plano Anual de Auditorias Internas que visa a análise das ações previstas para o ano seguinte sobre a forma de tabela e cronograma que inclui: Capa com Título; Sigla e nome da unidade Hospitalar; Equipe de Auditoria e Ano do Plano de Auditoria isso tudo obtido através do SAS *Add-In for Office*. Corpo que inclui o

Enquadramento; Recursos Humanos do Serviço de Auditoria Interna; Tabela com informações das Ações Previstas: Ref. Interna, ID Ação, Objetivo Ação, Data Prevista de início, Data Prevista de Fim, Nome Controlo, Serviço Auditado, Período de Análise, Universo (Descrição, Unidade e Valor) e Amostra (Unidade, Máximo, Mínimo e Descrição). Cronograma das Ações previstas ao longo do ano com as informações: Ref. Interna; ID Ação e Nome Ação. O SAS ADD-IN no plano de auditoria possui as opções de filtros aplicados ao relatório todo; “*Insert*”; Secções Relatório; e “*Insert Report*”

O Relatório de Auditoria que inclui a Análise detalhada do tipo de Ação com Auditoria Interna onde tem Capa, Título, Relatório de Auditoria; ID Auditoria, Ref. Interna e Nome Auditoria; Sigla e nome da Unidade Hospitalar; O ano do Plano de Auditoria; Nome Auditor Responsável. Obtido através do SAS *Add-In for Office*. Corpo: Sumário Executivo: Objetivo (s); Conclusões e Recomendações.

Superada a etapa de apresentação do sistema, parte-se para a apresentação dos hospitais que aplicaram o sistema e os resultados com discussão dos dados da pesquisa.

As unidades selecionadas são hospitais do Serviço Nacional de Saúde e todas possuem serviço de auditoria e participam do processo de *Benchmarking* onde a ACSS disponibiliza com periodicidade mensal os relatórios.

Tabela 1 – Respostas dos hospitais

NOME DA INSTITUIÇÃO	RESPOSTA	IMPLEMENTOU O SISTEMA
IPO do Porto	“Agradecemos a mensagem e informamos que o IPO-Porto não utiliza esta ferramenta no desenvolvimento do seu trabalho de auditoria interna”	Não
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	“Não chegou a ser implementado. A informação que o meu antecessor me transmitiu, e que fazia parte do grupo de trabalho da implementação em causa, foi que o sistema não tinha chegado a avançar, creio, inclusive, para nenhuma instituição hospitalar do Serviço Nacional de Saúde. Face a este cenário, o CHUC adquiriu um outro sistema de gestão de auditorias à empresa RISI e encontra-se em fase de parametrização.”	Não
Centro Hospitalar do Médio Tejo	“Na sequência do <i>e-mail</i> infra, encarrega-me o Senhor Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E., Prof. Dr. Casimiro Ramos, de informar Vossa Exa. que o CHMT não tem implementado o sistema que refere, pelo que o estudo pretendido não se aplica ao nosso caso.”	Não

(continua)

Tabela 1 – Respostas dos hospitais

		(conclusão)
NOME DA INSTITUIÇÃO	RESPOSTA	IMPLEMENTOU O SISTEMA
Unidade Local de Saúde do litoral Alentejano	<p>“A ULSLA não está a utilizar o software SAS EGRC.” “Apesar de instalado, a não utilização não se deve a causas internas do serviço de auditoria, nem à ULSLA.”</p> <p>“De momento não, contudo estou à procura no mercado solução para o efeito, ainda que na parte de avaliação de riscos exista já um <i>software</i>”</p>	Não
Hospital do Espírito Santo de Évora	<p>“A aplicação está inoperacional desde há algum tempo, não tendo os Auditores sido informados pela ACSS, de qual o motivo para tal. ”</p> <p>“Foi dado acesso a todas as entidades do SNS, incluindo o HESE, bem como aos auditores e aos técnicos de auditoria (que o nosso hospital não tem). Neste momento não está instalado nenhum software, nem se perspectiva a aquisição pela Entidade de qualquer software para esta área. Quanto à aplicação SAS, só a SPMS / ACSS poderão responder porque ficou o link inoperacional.”</p>	Não

Fonte: elaborada pelos autores (2022).

Dos hospitais respondentes, apresentam-se algumas informações adicionais obtidas em seus respectivos sites:

IPO do Porto: Mantendo a focalização no doente, o IPO-Porto organiza-se em unidades multidisciplinares por patologia, designadas por Clínicas de Patologia, que são a base de toda a estrutura assistencial. A estratégia do hospital é focada na inovação, ensino e investigação, tornando o IPO-Porto num Centro de Oncologia com elevada dimensão e qualidade.

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil é uma entidade pública empresarial dirigida por um Conselho de Administração, nomeado pelos acionistas do Estado, que responde pelo bom funcionamento técnico, humano e financeiro da Instituição. É uma pessoa coletiva de direito público, de natureza empresarial, dotada de autonomia financeira, administrativa e patrimonial.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: É uma instituição do Serviço Nacional de Saúde, tendo como missão: a) prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação, aos doentes da sua área de influência e aos de proveniência regional e nacional, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde; b) a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo de obrigações decorrentes de acordos internacionais e de redes de referência europeias; c) a formação de profissionais de saúde, o ensino pré-graduado e pós-graduado, e a investigação nomeadamente de natureza translacional e clínica; d) integrar redes e consórcios académicos clínicos nacionais ou internacionais.

Centro Hospitalar do Médio Tejo: O Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. integra três unidades hospitalares, localizadas em Abrantes, Tomar e Torres Novas. O CHMT tem uma área de abrangência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 251 mil habitantes.

O hospital tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, assumindo-se como um Centro de elevada competência na organização e prestação assistencial, uma referência no esforço de investigação, desenvolvimento e inovação, promovendo a complementaridade entre as três Unidades Hospitalares.

Tem como objetivo o tratamento e a reabilitação, em tempo clinicamente adequado, dos doentes, em condições ótimas de qualidade e humanidade dos serviços prestados.

Unidade Local de Saúde do litoral Alentejano: O Hospital do Litoral Alentejano HLA, sede da ULSLA, presta cuidados assistenciais diferenciados em regime de ambulatório ou internamento. Atualmente o HLA dispõe de cinco serviços – Medicina (Área Médica), Cirurgia Geral, Ortopedia (Área Cirúrgica), Anestesiologia e Urgência, contando com mais de uma dezena de especialidades médicas em regime de ambulatório.

O hospital tem por missão promover e prestar cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados, desenvolver atividades de saúde pública, investigação, formação e ensino, de qualidade, assegurando o acesso da população, garantindo a sustentabilidade económico-financeira, de acordo com a estratégia nacional e regional de forma a obter ganhos em saúde.

Em 2020, o hospital passou pelo projeto Requalificação emergente de Infraestruturas e Equipamentos do Hospital do Litoral Alentejano.

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE): é a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, aquela que oferece maior diferenciação e que, para além de receber os utentes do Alentejo Central (152.865 habitantes), trata cada vez mais doentes provenientes do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (345.939 habitantes), num total de 498.804 habitantes (estimativa Eurostat, 2019).

O HESE, para além do bom desempenho registado nas análises de *Benchmarking* elaboradas periodicamente pela ACSS (onde destacamos p.e. o excelente comportamento em termos de primeiras consultas realizadas em tempo adequado e da demora média pré-operatória), mostra ainda valores de atividade de referência, apesar de todos os

constrangimentos relacionados com a pandemia que ainda vivemos hoje em dia, o que significou a redistribuição de esforços para o combate à mesma:

Há quinhentos anos que o Hospital de Évora está aberto ao serviço da população da cidade. Ao longo destes cinco séculos, o Hospital sofreu diversas alterações e teve várias designações: Hospital Real, Hospital do Espírito Santo, Hospital da Misericórdia; e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora; agora vai, de novo, chamar-se Hospital do Espírito Santo

A área de influência abrangida pelo HESE e a sua população observam características muito particulares. O Alentejo corresponde a cerca de 30% da área territorial de Portugal, representando apenas cerca de 6.8% da população total. A densidade populacional é consideravelmente mais baixa, a área corresponde a mais do dobro e o índice de envelhecimento consideravelmente superior em relação aos outros hospitais do grupo.

De referir também que o Hospital, dada a sua posição central na região, se destacou como centro de testagem em 2020 e 2021, seja por teste serológico ou RT-PCR, e diagnóstico da Covid-19, assumindo um papel relevante na identificação de redes de transmissão e identificação de casos assintomáticos.

O Hospital do Espírito Santo de Évora, também tem por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respectiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respectivas formas de financiamento.

A partir da resposta dos cinco hospitais foi possível perceber algumas divergências, onde um informou que não utiliza o sistema, dois alegaram que o sistema não foi instalado e os outros dois informaram que foi instalado, mas a não utilização não se deve a causas internas do serviço de auditoria, nem à instituição e o outro está com o sistema inoperacional.

Tabela 2 – Hospitais que não responderam se o sistema foi ou não implementado

NOME DA INSTITUIÇÃO	RESPOSTA	IMPLEMENTOU O SISTEMA
Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro	“Agradeço que entre em contato com o Secretariado.” Sem retorno.	Não se sabe
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho	“A submissão de projetos de investigação devem ser realizados pela plataforma disponível em https://forms-chvng.min-saude.pt ” Questionei dizendo que não se trata de um projeto de investigação, seria apenas a participação da instituição para falar sobre o sistema de auditoria. Sem retorno.	Não se sabe

(continua)

Tabela 3 – Hospitais que não responderam se o sistema foi ou não implementado (conclusão)

NOME DA INSTITUIÇÃO	RESPOSTA	IMPLEMENTOU O SISTEMA
Centro Hospitalar do Porto	“Acusa-se a recepção do presente <i>e-mail</i> . Informa-se que o mesmo foi encaminhado para os serviços competentes.” “Acusa-se a recepção do presente <i>e-mail</i> . Informa-se que o mesmo foi encaminhado para os serviços competentes.” Sem retorno.	Não se sabe
Hospital Distrital da Figueira da Foz	Sem retorno	Não se sabe
Centro Hospitalar de Lisboa Norte	“O seu <i>e-mail</i> foi reencaminhado para nossa a área de Auditoria Interna.” “Conforme informado, enviei anteriormente (e agora) o seu <i>e-mail</i> para a área da auditoria. Lamento, mas não tenho como acrescentar mais nada.” Sem retorno.	Não se sabe

Fonte: elaborada pelos autores (2022).

Igualmente as instituições que responderam à pesquisa, os não respondentes podem ser um pouco mais detalhados a seguir:

Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro: está integrado na Administração Regional de Saúde do Norte. A sua área de influência direta abrange cerca de 300.000 habitantes. É uma empresa pública, com sede em Vila Real, criada em fevereiro de 2007

Atualmente, integra quatro unidades hospitalares, que com as suas características diversas se complementam para prestar cuidados de saúde sendo estas: o Hospital de S. Pedro, em Vila Real, onde está localizada a sede social, o Hospital Distrital de Chaves, em Chaves, o Hospital de Proximidade de Lamego, em Lamego e a Unidade de Cuidados Paliativos em Vila Pouca de Aguiar.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho: No âmbito da política de modernização e revitalização do Serviço Nacional de Saúde, como foi criado o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, pelo Decreto-Lei nº 50 - A/2007, de 28 de fevereiro, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

A 28 de novembro de 2017, Centro de Reabilitação do Norte (CRN) - Dr. Ferreira Alves, o Decreto-Lei n.º 95/2018 transferiu a gestão do CRN para a alçada do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, ficando-se desta forma em quarta unidade gerida pelo Centro Hospitalar. No presente, Centro Hospitalar Gaia/Espinho, um dos principais complexos assistenciais do Norte do país do país, é das estruturas hospitalares a nível nacional com capacidade de resposta em toda a linha de cuidados de saúde: desde o doente agudo, através do

seu de Urgência Polivalente, passando pelos cuidados médicos-cirúrgicos e de ambulatório, até aos cuidados continuados pelos médicos-cirúrgicos.

O hospital apresenta um serviço de Arteterapia onde junta arte-terapia, produção artística, humanização, promoção de comportamentos ecologicamente responsáveis, cidadania ativa e apropriação dos contextos hospitalares por parte de colaboradores, utentes e restantes cidadãos;

Centro Hospitalar do Porto: O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto) foi criado em 1 de outubro de 2007 pelo Decreto-Lei nº326/2007 de 28 de setembro, altura em que o Hospital Geral de Santo António se fundiu com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e com a Maternidade de Júlio Dinis, aos quais se aliou o Hospital Joaquim Urbano em março de 2011 e o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães em maio de 2013.

Atualmente, o CHUPorto é composto por quatro polos: Hospital Santo António (HSA); Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN); Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGM) e Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

O CHUPorto é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, que visa a excelência em todas as suas atividades numa perspectiva global e integrada da saúde.

O Instituto de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães foi criado em 1980. Durante mais de 30 anos desenvolveu a sua atividade ao nível das doenças raras: o diagnóstico, monitorização, tratamento e investigação. É o único organismo público que se dedica especificamente ao estudo de mais de 400 doenças raras. Trata-se, portanto, de um centro de excelência, altamente diferenciado, para doenças genéticas.

O CHUPorto tem-se mantido um ponto de partida para a inovação. Os espaços não deixam esquecer as suas origens e o esforço que representou a fusão do atual Centro Hospitalar. Percepciona-se um património global e transmite-nos a herança cultural da Cidade do Porto.

Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFE): A área de influência abrange os concelhos da Figueira da Foz e de Montemor-o-Velho e parcialmente, os concelhos de Soure, Cantanhede, Mira e Pombal, sem prejuízo do disposto pelas redes de referência hospitalar, no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

O hospital tem por missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em articulação com os cuidados de saúde primários e demais hospitais integrados na rede do

Serviço Nacional de Saúde, utilizando adequadamente os seus recursos humanos e materiais de acordo com os princípios de eficácia e eficiência, procurando a melhoria contínua dos cuidados tendo em conta as necessidades e as expectativas dos utentes.

Dado que a região Centro do país é caracterizada por múltiplas unidades de saúde públicas e privadas que concorrem diretamente com o Hospital, é fundamental a afirmação do HDFF, na região enquanto unidade de saúde de referência, prestadora de cuidados diferenciados, de qualidade e em tempo oportuno.

Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN): O CHLN, enquanto estabelecimento hospitalar público, geral, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, presta cuidados de saúde ao cidadão dentro da sua capacidade e no âmbito da sua responsabilidade.

Fruto de uma simbiose histórica, lógica e natural, com a Faculdade de Medicina de Lisboa, com a qual partilha instalações, recursos humanos e conhecimentos, o ensino e a formação pré e pós-graduada constituem-se como outro eixo fundamental da missão, sem prejuízo de parcerias com outras instituições académicas nacionais e internacionais.

Para além da prestação direta de cuidados de saúde e da formação, a missão do CHLN comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação.

O hospital possui no seu processo a certificação que é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), tendo como marco de referência a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho) e os procedimentos documentados em vigor no DQS).

Retomando os resultados da Tabela 2, com o sistema não implementado na metade das instituições selecionadas, surgem alguns questionamentos sobre este assunto. Será que a equipe de auditores foi envolvida desde a criação do sistema ou somente na fase de implementação. Quais os motivos para a resistência desses auditores. Seria o caso de desenvolver uma ferramenta para medir a percepção do impacto desta tecnologia da informação no trabalho desses auditores.

No trabalho de Lucht, Hoppen e Maçada (2007) é apresentado uma ampliação do modelo sugerido por Torkzadlh e Doll (1999, apud LUCHT *et al.*, 2007, p. 2) que “contempla, além das variáveis existentes no modelo original, outras que agregam uma melhor compreensão dos efeitos da TI no trabalho individual” e é justificada pela teoria comportamental da

administração, numa espécie de cadeia de valor, conforme fatores: causais, crenças, atitude, comportamento, impacto sobre o trabalho num nível individual e na organização (LUCHT *et al.*, 2007).

Desta forma, “a opinião do usuário final na elaboração dos dados que embasam avaliação do impacto da TI” assume papel fundamental e foram elaborados alguns trabalhos nesta área usando a estratégia de se “medir” a percepção dos usuários, a satisfação e a motivação e resistência ao uso de uma nova TI (LUCHT *et al.*, 2007, p. 2).

Verifica-se, deste modo, que é necessário conhecer quais os impactos da TI no trabalho, segundo a percepção de valor dos usuários, pois de nada adianta desenvolver um sistema sem antes envolver a equipe que irá utilizá-lo.

Ao avaliar os investimentos em TI, alguns pontos críticos precisam ser considerados, como, por exemplo, “a diminuição das diferenças de percepção que as diversas áreas da organização têm dos benefícios do uso da TI” assim como a conjugação das variadas visões da TI dentro da organização tem papel importante na governança e na administração da TI (LUCHT *et al.*, 2007, p. 2).

Segundo o Coordenador do Gabinete de Auditoria Interna da ACSS alguns hospitais num momento inicial utilizaram o sistema, mas o projeto não foi adiante. Quando questionado quais os motivos/barreiras para a não implementação o Coordenador respondeu:

Com principal motivo para sua não implementação, identifico a **resistência por parte dos utilizadores** (auditores Internos), que apesar dos esclarecimentos da ACSS, mantiveram sempre reservas e ceticismo quanto à utilização do mesmo, pois tinham **dúvidas quanto à confidencialidade das matérias** analisadas internamente no âmbito do seu trabalho nos Hospitais, a que ACSS poderia ter acesso (no seu entendimento), depois de finalizados os trabalhos de auditoria realizados e submetidos no sistema SAS [grifo nosso].

Diante dessas colocações, é fácil compreender por que a maioria não optou pelo sistema já que tinham dúvidas quanto à sua operacionalização, confidencialidade e transparência.

O resultado desta investigação é preocupante, pois foi feito um investimento financeiro e também de mão de obra em uma ferramenta que provavelmente ajudaria na atividade de auditoria e mesmo assim não foi aceito. Segundo Mattos (2017), é muito comum a TI apresentar apenas as vantagens da ferramenta e a partir dessa omissão a empresa ter prejuízos. Talvez este projeto piloto pudesse mostrar o sistema funcionando no dia a dia, depois disso, ter a oportunidade de identificar seus pontos fortes, fracos e seus riscos antes de ampliá-lo.

Mattos (2017) vai além e conclui dizendo que de fato a chance de um projeto dar certo como previsto não tem passado de 20%, seu custo tem sido duas vezes ou mais do que o aprovado, e o prazo costuma ser o dobro do estimado.

Sendo assim, em uma próxima oportunidade, o investimento em educação desde o início do projeto envolvendo os usuários e demonstrando a forma correta de funcionamento podem mitigar a resistência e a não adesão a nova tecnologia. Importa ainda esclarecer que muitos dos auditores internos envolvidos à data, já não se encontram no exercício das mesmas funções, e foi sugerido contato direto com as entidades hospitalares para que pudesse contatar esses auditores.

Devido à dificuldade, a autora entrou em contato com a ACSS pedindo ajuda, porém a orientação foi que somente o hospital poderia fornecer esses dados. Além desta limitação, devido ao contexto de um cenário pandêmico e a alta dos casos no mês de janeiro de 2022, as ações tomadas para realizar esta investigação sofreram mudanças, pois não foi possível visitar as unidades hospitalares. Restando apenas o método de perguntas e respostas por *e-mail*.

2.2.5 Conclusão

Um sistema próprio para a área de auditoria contemplando todas as suas etapas em uma única plataforma permite maior agilidade, segurança dos seus dados e informações em tempo real, proporcionando uma visão sistêmica da operação e a centralização das informações para melhor tomada de decisão. Este processo também diminui a chance de erros quando todos os componentes estão integrados. Esta investigação teve como objetivo principal saber como foi a implementação do sistema SAS EGRC - módulo de auditoria nos dez hospitais selecionados, porém somente metade das instituições entrevistadas responderam os *e-mails*. Não se pode concluir se o sistema foi ou não implementado em todas as unidades selecionadas já que algumas unidades não responderam.

O resultado desta investigação aponta que um sistema de auditoria ainda não é realidade em muitos hospitais, onde em um caso ainda há a procura de um *software* no mercado e para outro ainda está acontecendo uma parametrização do sistema atual.

Com base nos resultados percebe-se, que há uma necessidade de continuar esta investigação e sugere-se esta mesma temática ampliando o objeto de estudo para os auditores que participaram na época na 1.º fase do projeto do sistema de informação SAS EGRC – módulo de auditoria.

Estudos desta natureza podem contribuir sobremaneira para a melhoria da aplicação dos recursos usados na área de tecnologia da informação, além de trazer um saldo positivo para os cidadãos já que há um número expressivo de sistemas e muitas solicitações para a criação de sistemas próprios podendo adotar uma prática de recolher informações dos usuários sobre a melhor forma de migrar ou integrar um novo sistema.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, V. M. M. **A função de auditoria interna no Serviço Nacional de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) – Universidade Autónoma de Lisboa, p. 77. 2016. Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa.
- ALMEIDA, C. A. A. **A distribuição da vacina contra Covid 19 no Brasil: uma análise dos desafios do Ministério da Saúde para vacinar a população**. Trabalho de Conclusão de Custo (Especialização em Gestão de Logística e Operações em Organizações Públicas de Saúde) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, p. 23. 2022. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- BITTAR, O. J. N. V.; BICZYK, M.; SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z.; MOURA, M. M. N. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, p. 1-18, jan./mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.70.77>. Acesso em: 21 dez. 2021.
- CARDOSO, M. L. **Auditoria a um Sistema de Informação Hospitalar – SAM**. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Informação) – Escola Superior de Tecnologia e de Gestão, p. 126. 2010. Instituto Politécnico de Bragança.
- DINIZ, R. P. H.; NASCIMENTO, J. C. (2015). Impactos das TIC no sector da saúde: O caso da adoção de um PACS no centro hospitalar do Médio Ave. *In: IBERIAN CONFERENCE ON INFORMATION SYSTEMS AND TECHNOLOGIES (CISTI)*, 10., 2015. **Anais [...]**. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/51949>. Acesso em: 21 dez. 2021.
- GROSSI, L. M.; PISA, I. T.; MARIN, H. D. F. Tecnologia da informação e comunicação na auditoria em enfermagem. **JHI – Journal of Health Informatics**, v. 7, n. 1, p. 30-34, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/314/227>. Acesso em: 21 dez. 2021.
- IEEE STAFF. **25th IEEE International Symposium on Computer-Based Medical Systems**. Editora: IEEE, 2012. Disponível em: <https://www.worldcat.org/title/2012-25th-ieee-international-symposium-on-computer-based-medical-systems/oclc/1023078354?referer=di&ht=edition>. Acesso em: 20 nov. 2022.
- LUCHT, R. R.; HOPPEN, N.; MAÇADA, A. C. G. (2007). Ampliação do modelo de impacto de TI de Torkzadeh e Doll à luz do processo decisório e da segurança da informação. *In: Encontro da ANPAD – EnANPAD*, XXI., 2007. **Anais [...]**. Rio de Janeiro.

MARTINS, E. O que faz um sistema de auditoria? Acompanhe nossas dicas e entenda os diferenciais. **Blog Checklist Fácil**, 26 fevereiro 2021. Disponível em: <https://blog-pt.checklistfacil.com/sistema-de-auditoria/>. Acesso em: 20 nov. 2022.

MATEUS, E. M. S.; ALVES, J. M. A. A gestão de resultados em instituições públicas: O caso dos hospitais EPE. *In: Congresso Internacional de Contabilidade e Auditoria, XV.*, 2015. **Anais [...]**. Coimbra, Portugal.

MATTOS, A. C. M. **Sistemas de informação**. Editora: Saraiva Educação S.A, 2017.

MEIRA, S. R. C.; OLIVEIRA, A. S. B.; SANTOS, C. O. A contribuição da auditoria para a qualidade da gestão dos serviços de saúde. **Brazilian Journal of Business**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1021-1033, jan./mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34140/bjbv3n1-058>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MEU CONSULTÓRIO. **Qual é o futuro da tecnologia da informação em saúde?** (s.d.). Disponível em: <https://www.meuconsultorio.com/blog/futuro-da-tecnologia-da-informacao-em-saude/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ROCHA, A. L. M.; BARCARO, E.; HANASHIRO, M.; REIS, R. V.; ANTUNES, V. A. Perspectivas para a auditoria de tecnologia da informação no âmbito da CGU. *In: HAGE, J.; BRITTO FILHO L. N.; TEIXEIRA V. A.; PINTO, E.; ROCHA, M. N.; RIBEIRO, M. S. Revista da CGU*. Brasília: CGU, 2007, p. 62-69.

RODRIGUES, R. F.; MARTINS, V. F.; CARMO, C. R. S. Auditoria de sistemas de informática nas empresas modernas. **Revista Científica Linkania Master**, v. 6, n. 1, p. 42-59, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://linkania.org/master/article/view/100>. Acesso em: 21 jan. 2022.

THE INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS. Site institucional. Disponível em: <https://www.theiaa.org/en/about-us/about-internal-audit/>. Acesso em: 02 dezembro 2022.

3 CONCLUSÃO

A presente pesquisa foi realizada por meio de dois artigos na área da auditoria onde um trabalho buscou identificar as não conformidades nas auditorias realizadas no Programa de Assistência Farmacêutica Básica do SUS e o outro buscou identificar a implementação do sistema *Software de Analytics & Soluções* (SAS) *Enterprise Governance Risk and Compliance* (EGRC) - módulo de auditoria em dez hospitais portugueses.

Estudos como o do primeiro artigo, contribuem para a melhoria da aplicação dos recursos públicos onde através da identificação dos principais aspectos podemos ter uma auditoria baseada em riscos acrescentando maior valor a organização.

Como limitações desta pesquisa tivemos a falta de parâmetros das avaliações uma vez que não há um único instrumento formalizado dentro do departamento DENASUS, ou seja, cada auditoria utilizou um instrumento próprio de avaliação. Além disso, a falta de orientação para a elaboração dos relatórios resulta em alguns embasamentos das evidências por vezes extensos o que dificultou a classificação mediante as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.

Na prática o estudo traz uma contribuição para o Ministério da Saúde, pois foi possível identificar os principais *gaps* do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e como ganho imediato para realizar novas auditorias um novo protocolo já está sendo desenvolvido para auditar a Assistência Farmacêutica e aliado a isso um sistema de auditoria também está sendo construído no DENASUS.

A auditoria como forma de gestão permite identificar achados de não conformidades e esses podem ter o desdobramento em ações corretivas. Muitas dessas não conformidades são recorrentes e para melhorar o processo de auditoria e reduzir os riscos, são realizados relatórios com recomendações que mencionam a legislação vigente como pactos, normas, portarias, decretos e leis ou até mesmo recomendações de órgãos reguladores.

A Tecnologia da Informação permite que todas essas bases de dados que são importantes para a realização desses relatórios de auditoria estejam em uma única plataforma e assim de forma integrada é possível otimizar este processo.

Ao aderir este tipo de tecnologia, fica claro a quebra de paradigmas dentro de qualquer instituição, pois a partir de agora temos a integração dos processos, pessoas e informações.

Inovar na área de um sistema de auditoria possibilita um gerenciamento eficiente dessas atividades que fazem parte deste trabalho como por exemplo a programação da atividade, elaboração do relatório e monitoramento.

Para isso, o segundo artigo sugere que é preciso estudar como será a estratégia para essa implementação para que não haja resistência por partes dos auditores. Demonstrar o diferencial do sistema, atentar-se às ideias destes colaboradores, simular novas ideias.

Como limitação deste segundo estudo, o contexto de um cenário pandêmico e a alta dos casos no período do intercâmbio, não foi possível visitar as unidades hospitalares. Restando apenas o método de perguntas e respostas por *e-mail*. Aliado a isso, as entrevistas com os auditores internos envolvidos neste projeto do sistema SAS EGRC não foram possíveis, pois muitos não encontravam mais no exercício das mesmas funções e a solicitação do contato direto não foi possível devido a lei de proteção de dados.

Com base nos resultados percebe-se, que há uma necessidade de continuar esta investigação e sugere-se esta mesma temática ampliando o objeto de estudo para os auditores. Quais seriam os motivos para a não adesão a um sistema de auditoria.

Estudos desta natureza podem contribuir sobremaneira para a melhoria da aplicação dos recursos usados na área de tecnologia da informação, além de trazer um saldo positivo para o Ministério da Saúde já que há um número expressivo de sistemas e muitas solicitações para a criação de sistemas próprios podendo adotar uma prática de recolher informações dos usuários sobre a melhor forma de migrar ou integrar um novo sistema.

A experiência de estudar em Portugal foi interessante para todos, pois possibilitou a busca por novas soluções para os problemas do departamento, trouxe o conhecimento de boas práticas e o aprendizado e a vivência de uma nova cultura.

É importante capacitar cada vez mais servidores para que estejam preparados e instruídos com novos conhecimentos para otimizar os processos das suas atividades, reduzindo o seu tempo de execução. Um colaborador habilitado tende a cometer menos erros, reduz os riscos e melhora a qualidade dos processos desde o desenvolvimento até a sua gestão.