



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

JEAN CARLA DE LIMA

**MEMÓRIA HISTÓRICA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-
BAHIA NA PERSPECTIVA DA AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: UM ESTUDO DOCUMENTAL**

Feira de Santana
2021

JEAN CARLA DE LIMA

**MEMÓRIA HISTÓRICA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-
BAHIA NA PERSPECTIVA DA AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE: UM ESTUDO DOCUMENTAL**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde, da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo

Feira de Santana

2021

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

L698m Lima, Jean Carla de

Memória histórica de implantação do Programa SWAP –
BAHIA na perspectiva da auditoria do Sistema Único de Saúde:
um estudo documental / Jean Carla Lima. –, 2021. 97p.: il.

Orientador: Dayliz Quinto Pereira

Coorientador: Maria Lúcia Silva Servo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Política de saúde. 2. Auditoria em Saúde. 3. Sistema Único de
Saúde. I. Pereira, Dayliz Quinto, orient. II. Servo, Maria Lúcia Silva,
coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 614:616-089

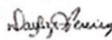
JEAN CARLA DE LIMA

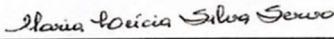
MEMÓRIA HISTÓRICA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-BAHIA NA
PERSPECTIVA DA AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
UM ESTUDO DOCUMENTAL

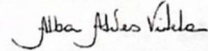
Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do
Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

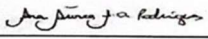
Feira de Santana, 23 de setembro de 2021

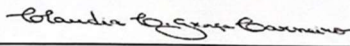
Banca Examinadora:

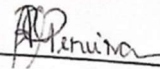
Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira  Assinado de forma
QUINTO PEREIRA.03636386875
Dados: 2022.06.06 18:13:58 -03'00'
Orientadora. Doutora em Bioética (UFBA). Universidade Estadual de Feira de Santana.

Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo 
Orientadora. Doutora em Enfermagem (USP). Universidade Estadual de Feira de Santana.

Profa. Dra. Alba Benemérita Alves Vilela 
1º Membro. Doutora em Enfermagem (UFC). Universidade Estadual do Sudoeste Baiano

Profa. Dra. Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues 
2º Membro. Doutora em Difusão do Conhecimento pelo Programa Multi-Institucional e
Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (UFBA). Universidade Estadual de Feira de
Santana.

Profa. Dra. Cláudia Cerqueira Graça Carneiro 
1º Suplente. Doutora em Saúde Pública (UFBA). Universidade Estadual de Feira de Santana.

Profa. Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira 
2º Suplente. Doutora em Medicina Preventiva (USP). Universidade Estadual da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo o meu amor, ao meu irmão,
Francisco Joaquim de Lima (*In Memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Parafrazeando Tom Jobim, “é impossível ser feliz sozinho”...

Até aqui muitas pessoas me ajudaram em todo o processo de mestrado e o meu sentimento será eternamente de gratidão. Mesmo que muitas delas não tenham estado diretamente envolvidas, acabaram por contribuir significativamente neste processo.

Muito grata...

A Deus e a todas as boas forças que habitam o universo, e que me conduzem continuamente ao êxito, por sempre fazer os bons ventos soprarem ao meu favor .

À minha família, por toda força, apoio, amor e confiança em mim. Especialmente, à Minha mãe Rita e à minha irmã Cláudia. É muito bom ter para onde ir, mas melhor é ter para onde voltar... Vocês são o meu porto seguro.

À minha filha, Ana Luiza, você não faz ideia de como aprendo com você todos os dias. Como eu te amo...

À minha amiga Ana Paula Fernandes de Carvalho, obrigada pela amizade que nasceu durante o curto período em que trabalhamos juntas na SESAB, e que não tem prazo de validade. Obrigada por ter assumido uma parte da revisão do meu trabalho quando eu estava impossibilitada de me fazer presente. Você sabe o quanto foi desafiante para mim estes anos de mestrado. Obrigada pela parceria nas alegrias e nas dificuldades da vida. Muito obrigada!

Aos colegas de trabalho, especialmente, Luciano Rocha Gomes, Cláudio José Barbosa de Amorim, Magna Correia Moreira e Moisés Oliveira Souza, muito obrigada pela parceria, aprendi muito com vocês.

Às professoras da UEFS, Silvone Santa Bárbara da Silva Santos, Erenilde Marques de Cerqueira e Ana Áurea Alécio de Oliveira Rodrigues, obrigada pelo incentivo e pela força de sempre. Vocês são brilhantes!

À minha querida Ednaide Palma dos Santos, você foi um presente de Deus em minha vida. Muito Obrigada, pelo cuidado, pelo zelo e pelo carinho de sempre.

À Zaida de Barros Mello Nascimento Santos, coordenadora do SWAP-Bahia na SESAB, pelos conhecimentos compartilhados e por ter tido tão boa vontade de contribuir com a minha pesquisa.

Ao Secretário Estadual da Saúde, Dr. Fábio Villas Boas, pela confiança e respeito de sempre e por autorizar a realização da pesquisa na SESAB.

Meus sinceros agradecimentos!

Agradeço às minhas professoras e orientadoras, Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira e Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo, por terem aceitado percorrer comigo esse caminho, por terem abraçado esta causa, por terem demonstrado tanta paciência e respeito ao trabalho por mim desenvolvido e por terem, por muitas vezes, deixado de lado o cansaço resultante da vida acadêmica para manter nossos encontros semanais.

A presença de vocês ao meu lado durante a condução desta pesquisa tornou o processo mais leve e menos tortuoso. Obrigada pelo bom humor (mesmo com o barco sacudindo demais), pelos sorrisos e pelas sábias palavras de ânimo, força e perseverança.

“Se as pessoas acreditam em si mesmas, é impressionante o que eles podem fazer”.

Sam Walton

LIMA, J.C. **Memória Histórica de Implantação do Programa SWAP-Bahia na Perspectiva da Auditoria do Sistema Único de Saúde: um estudo documental.** Orientadora: Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira; Coorientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo. 2021. 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2021.

RESUMO

O Programa SWAP-Bahia constitui-se de política pública de caráter intersetorial e de financiamento público externo, com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população nos âmbitos da saúde materno-infantil, e também na modernização institucional das áreas envolvidas. A Auditoria SUS Bahia, além de ações de auditoria, fiscalização e controle desenvolveu relevante função regulatória no processo de implementação do programa. O objetivo foi descrever o processo de implantação do Programa SWAP-BAHIA na perspectiva da Auditoria SUS Bahia, no período de 2008-2012 e apresentar a memória histórica de implantação deste Programa no Estado da Bahia. Foi realizada uma pesquisa documental de natureza qualitativa, resultado de uma experiência concreta que ocorreu no Estado da Bahia, referente a uma política pública de caráter intersetorial e a um financiamento público externo, o Programa SWAP-Bahia. Para a análise dos dados foram utilizadas as seguintes etapas: apuração e organização do material, baseadas em uma leitura, utilizando critérios da análise de conteúdo e análise crítica dos documentos – caracterização, descrição e comentários; fichamento; levantamento de assuntos recorrentes; codificação; evidência do núcleo emergente; decodificação, interpretação e inferência. Os resultados dessa pesquisa são apresentados a partir das seguintes categorias: processo de implantação do Programa SWAP-Bahia, na perspectiva da Auditoria SUS-Bahia, no período de 2008-2012: redução da mortalidade infantil e neonatal e melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido; e memória histórica de implantação do Programa SWAP-Bahia no Estado da Bahia: fortalecimento da capacidade institucional da auditoria do Sistema Único de Saúde. Pode-se concluir que promover uma cooperação entre o Setor Saúde e o Setor água é uma estratégia eficiente para a redução da mortalidade e da morbidade infantis, o que corrobora com os objetivos do SWAP-Bahia. O fornecimento de água e o saneamento adequados, o acesso aos serviços de atenção primária em saúde e a vacinação contra o rotavírus são extremamente importantes para a prevenção das enfermidades intestinais infecciosas e para a redução da mortalidade infantil. Para a redução da mortalidade neonatal são cruciais serviços de saúde de qualidade e por qualidade entenda-se: melhores equipamentos; encaminhamentos oportunos de serviços de saúde de atenção primária para serviços de maior complexidade (regulação em saúde); e melhor atenção de saúde na área de obstetrícia e capacitação. Esta pesquisa permitiu que um órgão de controle interno do SUS, a Auditoria SUS-Bahia, pudesse descrever sua experiência, em uma política pública intersetorial e de financiamento externo, o Programa SWAP-Bahia e busca contribuir para o fortalecimento institucional do órgão.

Palavras-chave: Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Auditoria em saúde. Auditoria SUS. Financiamento externo. Banco mundial. Pesquisa documental.

LIMA, J.C. **Historical Memory of the Implementation of the SWAP-Bahia Program from the Perspective of the Audit of the Unified Health System: a documentary study**. Orientadora: Profa. Dra. Dayliz Quinto Pereira; Coorientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Silva Servo. 2021. 97f. Dissertation (Professional Master's Degree in Public Health) - Department of Health, State University of Feira de Santana, Feira de Santana, Brazil, 2021.

ABSTRACT

The SWAP-Bahia Program is an intersectoral public policy and external public funding, with the aim of contributing to the improvement of the population's quality of life in the areas of maternal and child health, and also in the institutional modernization of the areas involved. . Auditing SUS Bahia, in addition to auditing, inspection and control, developed a relevant regulatory role in the program implementation process. The objective was to describe the implementation process of the SWAP-BAHIA Program from the perspective of the SUS Bahia Audit, in the period 2008-2012 and to present the historical memory of the implementation of this Program in the State of Bahia. A qualitative documentary research was carried out, the result of a concrete experience that took place in the State of Bahia, referring to an intersectoral public policy and external public funding, the SWAP-Bahia Program. For data analysis, the following steps were used: verification and organization of the material, based on a reading, using criteria of content analysis and critical analysis of documents – characterization, description and comments; filing; survey of recurring issues; codification; emerging core evidence; decoding, interpretation and inference. The results of this research are presented from the following categories: implementation process of the SWAP-Bahia Program, from the perspective of the SUS-Bahia Audit, in the period 2008-2012: reduction of infant and neonatal mortality and improvement of the quality of health care provided to pregnant women and newborns; and historical memory of the implementation of the SWAP-Bahia Program in the State of Bahia: strengthening the institutional capacity for auditing the Unified Health System. It can be concluded that promoting cooperation between the Health Sector and the Water Sector is an efficient strategy to reduce infant mortality and morbidity, which corroborates the objectives of the SWAP-Bahia. Adequate water supply and sanitation, access to primary health care services, and rotavirus vaccination are extremely important for preventing infectious intestinal diseases and reducing infant mortality. Quality health services are crucial for the reduction of neonatal mortality and by quality we mean: better equipment; timely referrals from primary care health services to more complex services (health regulation); and better health care in the area of obstetrics and training. This research allowed a SUS internal control body, the SUS-Bahia Audit, to describe its experience in an intersectoral public policy and external financing, the SWAP-Bahia Program, and seeks to contribute to the institutional strengthening of the body.

Keywords: Health policy. Health Unic System. Health audit. SUS Audit. External financing. World bank. Documentary research.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AID	Agência de Desenvolvimento Internacional
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMGI	Agência Multilateral de Garantia de Investimentos
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
BID	Banco Interamericano de desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional Para Reconstrução e Desenvolvimento
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CDC	Centers for Disease Control
CERB	Companhia de Eletrificação Rural da Bahia
CIB	Comissões Inter gestoras Bipartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
COFIEEX	Comissão de Financiamento Externo
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CVM	Comissão de Valores Mobiliários
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DII	Doenças Infecciosas Intestinais
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FNS	Fundo Estadual de Saúde
GIH	Guia de Internação Hospitalar
GTEC	Grupo Técnico da Comissão de Financiamento Externo
IASB	International Accounting Standards Board
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRACON	Instituto Brasileiro de Contadores
ICSID	Centro Internacional para a Resolução de Controvérsias sobre Investimentos
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IFC	International Finance Corporation
IFR	Relatórios Financeiros Intermediários
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INEMA	Instituto do Meio Ambiente e Recursos Hídricos
INGÁ	Instituto das Águas e do Clima
INTOSAI	Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
ISSAI	Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores
JCAH	Joint Commission of Accreditation of Hospitals
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
NAT	Normas Técnicas de Auditoria do Tribunal de Contas da União
NCPI	Núcleo Ciência pela Infância
NOAS	Norma Operacional da Assistência
NOB	Norma Operacional Básica

ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
PAD	Documento de Avaliação do Projeto
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPA	Plano Plurianual
PSF	Programa Saúde da Família
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SciELO	Scientific Electronic Library
SEAIN/MP	Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento
SEPLAN	Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL	Sistema de Informações de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal

SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SNCPCH	Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares
SOE	Statement of Expenses
SUS	Sistema Único de Saúde
SWAP	Sector-Wide Approache
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCP	Unidade de Coordenação de Projetos
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1 BREVE HISTÓRICO DA AUDITORIA	21
2.2 O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE	26
2.3 O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA E A AUDITORIA SUS BAHIA	35
2.4 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SWAP-BAHIA E A AUDITORIA SUS	42
3 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	47
3.2 LOCAL DO ESTUDO	50
3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	
3.4 SISTEMÁTICA PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	51
4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-BAHIA NA PERSPECTIVA DA AUDITORIA SUS-BAHIA NO PERÍODO DE 2008-2012	53
4.1.1 Redução da mortalidade infantil e neonatal	65
4.1.2 Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde prestada à Gestante e ao Recém-Nascido	71
4.2 MEMÓRIA HISTÓRICA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-BAHIA NO ESTADO DA BAHIA: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82

REFERÊNCIAS	83
ANEXOS	95
Anexo 1 – Solicitação de Consentimento do Estudo à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	96
Anexo 2 – Consentimento para o Estudo pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia	97

1 INTRODUÇÃO

As novas necessidades e objetivos da sociedade moderna vêm exigindo dos governos um olhar diferenciado para os problemas de saúde da população. Garantir o acesso à saúde de qualidade e ampliar a infraestrutura social são anseios e preocupações que vão além dos resultados macro e microeconômicos.

O Estado – como interventor de direitos sociais na prestação de serviços públicos de educação, saúde, trabalho, moradia, alimentação, transporte, lazer, seguridade social, previdência social e proteção à maternidade e à infância – tem o papel de criar medidas de inclusão social, por meio da implementação de políticas públicas, para atender a grupos específicos (ZOCKUN *et al.*, 2017); além disso, o Estado deve tratar com isonomia os iguais e os desiguais, na medida em que se desigualem, conforme a formação histórica de cada sociedade.

Neste sentido, a ênfase às

políticas universais, como educação e saúde, sem deixar de dirigir esforços para beneficiar os segmentos mais vulneráveis da população, sobretudo quando eles são numerosos, é enfatizado no enfoque latino-americano de políticas. Da mesma forma, observa-se que na tradição social-democrática europeia, o bem-estar foi promovido por políticas públicas que reforçaram o acesso à educação, à saúde e à previdência social (CARDOSO, 2010, p. 195).

Nesta perspectiva, foi elaborado o Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 do Estado da Bahia, contemplando as seguintes diretrizes: desenvolver a infraestrutura social (habitação, saneamento e energia); garantir ao cidadão acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e aos serviços de saúde, articulados territorialmente de forma participativa e intersetorial; e, promover a gestão pública com democracia, participação e transparência (BAHIA, 2007).

Para a implementação das ações propostas no referido Plano, principalmente, aquelas direcionadas ao Setor Saúde, ao Setor Hídrico e ao Setor Planejamento, o Estado da Bahia se propôs a obter financiamento externo no Banco Internacional Para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) – Banco Mundial. Os recursos seriam destinados ao Programa, com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia – SWAP-Bahia.

Os Programas com Enfoque Setorial Amplo (*Sector-Wide Approaches* ou SWAPs por sua sigla em inglês) são operações de financiamento do Banco Mundial, que apoiam programas prioritários do Mutuário (aqui representado pelo Governo do Estado da Bahia), já em andamento, em vez de projetos ou ações isoladas. São operações que amparam abordagens comuns no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação, e são baseadas nos sistemas e nos procedimentos do Mutuário (BAHIA, 2008a).

As operações SWAP têm sido promovidas pelo Banco Mundial desde o final dos anos 1980, mas foi a partir de meados da década de 1990 que essas operações foram mais divulgadas e tiveram apoio de agências bilaterais. Os SWAPs são considerados atraentes para o Governos, pois são percebidos como capazes de fortalecer a capacidade de supervisionar e de desenvolver políticas e planos, bem como alocar e gerenciar recursos (WALT *et al.*, 1999).

De acordo com Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE, o SWAP trata-se de uma operação de crédito inovadora, desenvolvida em parceria com o Banco Mundial, que tem como característica principal apoiar o fortalecimento da gestão do governo, direcionada ao objetivo da promoção da inclusão social no estado (CEARÁ, 2008).

O Programa SWAP-Bahia é considerado uma política pública de caráter intersetorial e financiamento público externo. Ele é amparado por mecanismos de ressarcimento relativos ao alcance de metas por parte de organismos financeiros internacionais, que articulam áreas governamentais do Estado para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, nos âmbitos da saúde materno-infantil e também, da modernização institucional das áreas envolvidas.

A contratação da operação de crédito externo para o Programa – com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia – SWAP-Bahia – foi autorizada através da Resolução nº 10, do Senado Federal, publicada no Diário oficial de 12 de abril de 2012, e o Contrato de Empréstimo foi assinado em 18 de julho de 2012. Esta operação teve por objetivos reduzir a taxa de mortalidade infantil, com ações direcionadas a expandir o acesso à água potável, ao saneamento e à atenção básica de saúde, em ao menos 10 municípios selecionados (os mais afetados por enfermidades intestinais infecciosas), e melhorar a atenção de saúde

neonatal, em 25 hospitais selecionados, utilizando um indicador Barema de qualidade e eficiência (BAHIA, 2012).

Para o desembolso referente às parcelas do empréstimo concedido, restou acordado a realização de Auditorias Técnicas pela Auditoria SUS/BA, mediante à apresentação dos relatórios de auditoria, realizados no período de vigência do projeto. Assim, além das ações de auditoria, fiscalização e controle, a Auditoria SUS Bahia passou a desenvolver um “papel regulatório” no processo de implementação do SWAP-Bahia.

Dada a importância do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), estruturado para o Sistema Único de Saúde – SUS, e a escassez de produção científica sobre políticas públicas de caráter intersetorial, com financiamento público externo na área da saúde, esta pesquisa se justifica pela importância de fornecer elementos que ajudem a fomentar uma discussão quanto à relevância do tema sob a concepção de um órgão público de auditoria interna, a partir de um estudo de caso concreto, o Programa SWAP-Bahia.

Ademais, este estudo teve sua origem nas reflexões quanto à Auditoria SUS como órgão de apoio à gestão, considerando que atuo como Auditora de carreira, há 15 anos, no componente estadual de Auditoria do SUS no Estado da Bahia, assim como a experiência como gestora do órgão (2017-2019). O Mestrado Profissional motivou a busca pelo aprofundamento sobre o tema e a possibilidade de contribuir de forma efetiva no fortalecimento do SNA e na produção acadêmica.

Diante do exposto, constitui-se questões de investigação: como se deu o processo de implantação do Programa SWAP-Bahia, na perspectiva da Auditoria SUS-Bahia, no período de 2008-2012? e como se apresenta a memória histórica de implantação do Programa SWAP-Bahia no Estado da Bahia, no período de 2008-2012?

Os objetivos delimitados para o estudo, são:

- 1 Descrever o processo de implantação do Programa SWAP-BAHIA, na perspectiva da Auditoria SUS Bahia, no período de 2008-2012;
- 2 Apresentar a memória histórica de implantação do Programa SWAP-Bahia no Estado da Bahia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DA AUDITORIA

O termo auditoria teve sua origem na expressão latina *audire* cujo significado é ouvir. Posteriormente, os ingleses ampliaram este conceito para *auditing*, designando um sentido mais voltado para revisão, verificação (LINS, 2017).

As pesquisas na área evidenciam a existência das práticas de auditoria desde a antiguidade. Esta atividade foi inicialmente relacionada, sobretudo, ao setor contábil. Por sua vez, Boyton *et al.* (2002) consideram que a origem da auditoria está ligada ao início das atividades econômicas desenvolvidas pelo homem. Conforme estes autores, a auditoria se iniciou em época tão remota quanto a contabilidade, pois já havia a necessidade de se ratificar as atividades como a verificação de arrecadação de impostos no Antigo Egito; e na Grécia eram realizadas inspeções nas contas dos funcionários públicos.

A auditoria nas empresas teve início com a expansão do capitalismo e da Revolução Industrial, em meados do século XIX. A partir daí, importantes acontecimentos fizeram parte do processo evolutivo da auditoria no mundo, tais como: a criação de Associação dos Contadores Públicos Certificados, em 1880 na Inglaterra e 1887 nos EUA; o Instituto Holandês de Contabilidade em 1894; o surgimento das grandes corporações americanas e a rápida expansão do mercado de capitais no início do século XX; o *Crash* da Bolsa de Valores; a criação do Instituto Brasileiro de Contadores IBRACON; e, em 2001, o surgimento do IASB (*International Accounting Standards Board*), com sede na Grã-Bretanha (OLIVEIRA; DINIZ, 2001).

Para Pacheco *et al.* (2007), o aprimoramento no sistema contábil e, conseqüentemente, na auditoria ocorreu com a quebra de bolsa de valores de Nova Iorque em 1929, sendo necessária a Criação do Comitê May, o qual atribuiu regras para as instituições que tinham as suas ações negociadas em bolsa de valores. A intenção do Comitê era reduzir as falhas na contabilidade com a obrigação de auditorias, independente das apresentações contábeis das empresas.

Estes autores relatam que com surgimento de órgãos de controle ao longo da história, a auditoria se fundiu ao desenvolvimento econômico mundial e de forma gradual alcançou posição de facilitadora para a sustentabilidade das empresas, tendo

em vista a sua contribuição para o aperfeiçoamento do processo de governança corporativa (PACHECO *et al.*, 2007).

A despeito da não precisão de registro da data de início dos trabalhos em auditoria no Brasil, a primeira evidência concreta da atividade no país pode ser observada no Decreto Lei nº 2935, de 16 de junho de 1862, que aprovava a reorganização da Cia de Navegação por Vapor – Baiana – Anonyma. Contudo, não há registros do resultado do trabalho dos auditores; acredita-se que, na hipótese da existência dos documentos, estes devem estar em posse dos acionistas ingleses, tendo em vista que o empreendimento era constituído, exclusivamente, por capital britânico (RICARDINHO; CARVALHO, 2004).

Os profissionais e acadêmicos começaram a publicar os primeiros ensaios sobre o assunto desde 1928; a partir de 1945 a disciplina Auditoria, inicialmente chamada de Revisão e Perícia Contábil, foi oficialmente introduzida nos currículos dos Cursos Superiores de Ciências Contábeis. Ainda que sua prática só tenha sido regulamentada a partir de 1965, há pelo menos um século a atividade de auditoria se faz presente no Brasil, fortalecendo-se em 1976 com a criação da CVM – Comissão de Valores Mobiliários, com a finalidade de registrar e fiscalizar Auditores Independentes, capacitando-os a realizar Auditoria em sociedades, corretores e negociadores de valores mobiliários (RICARDINHO; CARVALHO, 2004).

Um evento de relevância na área de auditoria a ser citado foi a criação do Tribunal de Contas da União (TCU), em 1890, por meio do decreto 966-A. Orientado pelos princípios da autonomia, fiscalização, julgamento e vigilância, o órgão foi institucionalizado pela constituição republicana de 1891 no seu Art.89, por influência de Rui Barbosa, Ministro da Fazenda da época (BRASIL, 2020).

No entanto, o TCU teve suas atividades ampliadas com a constituição de 1988. A nova determinação constitucional conferiu ao órgão a incumbência de acompanhar as relações de *accountabilityes*, estabelecidas entre os administradores públicos e o Congresso Nacional, conforme cita o TCU:

A Constituição de 1988 ampliou substancialmente a jurisdição e a competência do TCU para, em auxílio ao Congresso Nacional, exercer a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação

das subvenções e da renúncia de receitas, estabelecendo, ainda, que qualquer pessoa física ou jurídica, pública ou privada, que utilize, arrecade, guarde, gerencie ou administre dinheiros, bens e valores públicos ou pelos quais a União responda, ou que, em nome desta, assuma obrigações de natureza pecuniária tem o dever de prestar contas ao TCU (BRASIL, 2020, p 5).

Portanto, compete ao TCU garantir que os recursos públicos de qualquer natureza, disponíveis aos gestores públicos, sejam utilizados adequadamente e com resultados apropriados; assim, cabe aos gestores públicos prestar informações à sociedade e ao Parlamento sobre as atribuições que lhes foram confiadas, estas devem estar em conformidade com o alcance dos objetivos das políticas validadas (BRASIL, 2020).

Nesse sentido, a auditoria deve manter um ambiente no qual governos e demais entidades públicas são responsáveis pela utilização de recursos advindos da tributação e de outras fontes, em prol da prestação de serviços à população, tendo as entidades o dever de justificar com transparência os investimentos e desempenhos da gestão dos recursos públicos (BRASIL, 2017a).

Além disso, a auditoria auxilia na criação de condições adequadas, assim como suas ações favorecem a expectativa de que os envolvidos com o serviço público desempenhem sua atividade de maneira efetiva, eficiente, ética e de acordo com os preceitos legais e regulamentares cabíveis. Deste modo, a auditoria eleva a confiança dos usuários por meio de avaliações independentes, relativas a desvios de padrões estabelecidos ou em conformidade com os princípios da boa governança (BRASIL, 2017a).

As normas técnicas de auditoria do Tribunal de Contas da União (NAT) são pautadas na Constituição, na Lei Orgânica, nos regimentos internos, nas experiências acumuladas e nos padrões adotados internacionalmente, em especial nas Normas Internacionais das Entidades Fiscalizadoras Superiores (ISSAI), desenvolvidas pela Organização Internacional das Entidades Fiscalizadoras Superiores (INTOSAI). O objetivo dessas normas é promover a realização de auditorias independentes e eficazes pelas Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS), bem como outras instituições reconhecidas por desenvolver melhores práticas em auditoria. As normas adotadas pelo TCU cumprem a justificativa de proporcionar maior qualidade às

auditorias, dar credibilidade e assegurar a responsabilidade dos auditores quanto a execução das suas atividades (BRASIL, 2020).

O conceito de auditoria tem evoluído graças as transformações sucedidas nas organizações, bem como aos objetivos de maior domínio impostos pelas novas atividades de auditoria, antes voltada apenas para elucidação de erros e fraudes; tais atividades evoluíram para formas específicas e especializadas, com função preventiva e orientadora, e com uma visão centrada em atingir objetivos que favoreçam o desempenho da administração pública (BRASIL, 2020).

Segundo Attie (2011, p.5) “auditoria é uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e eficácia do controle patrimonial implantado com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado”. Já o TCU, considerando as diversas concepções e incorporações conceituais da auditoria, a conceitua de forma sintética:

Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado. (BRASIL, 2020, p. 12).

O estudo *Medical Education in the United States and Canadá*, conhecido como Relatório Flexner, publicado em 1910, nos EUA, é considerado por diversos autores como o precursor das práticas de auditoria em saúde. Através da revisão dos prontuários, o estudo avaliou a educação médica e as condições de trabalho, contribuindo com um alerta para a necessidade de controle das atividades profissionais e de melhoria na formação médica com significativo favorecimento na qualidade das práticas médicas mundiais (LEMBCKE, 1967; ROSA 2012; AYACH *et al.*, 2013; REIS *et al.*, 1990).

Outro relatório relevante sobre a avaliação dos serviços de saúde foi publicado em 1916. Seguindo semelhantes objetivos advindos do trabalho de Flexner, o estudo conduzido por Codman, denominado de *A Study in Hospital Efficiency: the first five Years*, avaliou a rotina dos pacientes com o objetivo de estabelecer os desfechos relacionados às intervenções médicas nos hospitais, com detalhamento dos fatores conferidos aos resultados positivos e não exitosos, à determinação de

quando o caso era definido, e, ainda, ao que ocorreria anos após as intervenções do tratamento (REIS *et al.*, 1990).

Influenciados pelo trabalho de Codman, o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, desenvolvendo em 1917 um manual com os requisitos mínimos de avaliações hospitalares, o *Minimum Standard for Hospitals*. A CAC constatou então que dos 800 hospitais avaliados com mais de 100 leitos, aproximadamente, 135 apresentavam um nível razoável de qualidade. Com base nos resultados deste documento, e em estudos desenvolvidos por Codman, foi criado em 1928 o *Hospital Standardization Program*, que corresponde ao início da formação da *Joint Commission of Accreditation of Hospitals* (JCAH) (REIS *et al.*, 1990).

Segundo Reis *et al.* (1990), os custos crescentes com atenção médica e o aumento da complexidade da atenção, com vistas à utilização indiscriminada da tecnologia e dos procedimentos médicos, incentivaram a expansão de pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos na área médica.

No Brasil, com a criação do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, por meio da promulgação da Lei 1.982, em 1952, conhecida como Lei Alípio Correia Neto, passou a se exigir que os hospitais registrassem e arquivassem os documentos médicos (MEZZOMO, 2001).

De acordo com o Art. 5º da referida Lei, os hospitais deviam registrar por escrito a história clínica completa dos pacientes e tornar possível o julgamento do diagnóstico, da terapêutica e do seu prognóstico, além do hospital ter que possuir um arquivo, de preferência central, para facilitar a consulta, sequência e pesquisa clínica (SÃO PAULO, 1952).

Posteriormente, na década de 1960, foi fundada a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico, e criado o quadro funcional de auditores da Previdência Social, composto por médicos habilitados em auditoria médica (MEZZOMO, 2001).

Historicamente, as ações de controle da saúde relacionaram-se ao faturamento de contas. No início da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), buscava-se o controle da produção e de gastos da assistência médica, as atuações eram voltadas à avaliação de prontuários e às faturas apresentadas de forma individualizada, resultando em ações punitivas de

não pagamento dos serviços contratados, ações estas conhecidas como glosas de valores dos serviços apresentados (BRASIL, 2016).

Esse modelo de auditoria teve razão de existir, tendo em vista o inegável histórico de distorções, erros e fraudes tanto na produção quanto na gestão da saúde até os dias de hoje; no entanto, ele passou a ser insatisfatório após a implantação de um sistema universal e da assistência integral de saúde (BRASIL, 2016).

Ao longo dos anos, o controle e a avaliação estiveram simultaneamente ligados à construção de sistemas de informação da assistência à saúde, por meio das tabelas de procedimentos utilizadas para o pagamento dos valores apurados, fomentando a base de dados da produção ambulatorial e hospitalar. A Guia de Internação Hospitalar (GIH), criada em 1976, foi utilizada até o ano de 1983 pelo Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH), com o intuito de estabelecer um controle formal e técnico dos gastos com atenção hospitalar. No ano de 1984, a GIH foi substituída pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH) a qual alimentou os dados do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) até o ano de 1991, quando foi transformada no atual sistema, denominado de Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (BRASIL, 2016).

2.2 O BANCO MUNDIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE

O Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), instituição hoje conhecida como Grupo do Banco Mundial, foi criado em 1944, no âmbito da conferência de Bretton Woods, com o objetivo de financiar a reconstrução da Europa do pós-guerra e corrigir as deficiências dos mercados de capitais privados, especialmente no que se refere à disponibilidade de financiamento para o desenvolvimento. A partir dos anos de 1960, o banco passa a prestar auxílio para o desenvolvimento dos países do chamado Terceiro Mundo, inicialmente direcionado a projetos de infraestrutura e, posteriormente, ao combate à pobreza (GERMÁN, 2009).

O esgotamento das funções originais do Banco Mundial reflete o sentido de temporalidade com que foi criado. Como o segundo presidente da instituição, John J. McCloy, observou: “O Banco foi criado como uma instituição temporária, que poderia desaparecer se os mercados internacionais de capitais funcionassem de forma próxima da perfeição” (MCCLOY *apud* GERMÁN, 2009).

Apesar da origem circunstancial do banco, o BIRD não apenas continua a existir, mas tem crescido de várias maneiras. Atualmente, o Grupo Banco Mundial é composto por cinco instituições que realizam diferentes tipos de tarefas que não foram previstas no momento de sua criação: 1. Agência de Desenvolvimento Internacional (AID), criada em 1960 e encarregada de fornecer financiamento e assistência técnica a países com baixíssimos níveis de desenvolvimento; 2. *International Finance Corporation* (IFC), fundada em 1956, encarregada de fornecer financiamento e assistência técnica ao setor privado da economia; 3. Centro Internacional para a Resolução de Controvérsias sobre Investimentos (ICSID), que oferece serviços para a solução de controvérsias jurídicas em questões de investimento entre Estados Membros e empresas privadas; 4. Agência Multilateral de Garantia de Investimentos (AMGI), criada na década de 1990, que se encarrega de prover seguros às empresas e aos Estados, com o objetivo de protegê-los dos riscos políticos que podem afetar determinado investimento; 5. Centro Internacional para Arbitragem de Disputas sobre Investimentos (GERMÁN, 2009).

Ao final dos anos 1960, o Banco demonstrou interesse pelo setor de saúde, voltado para aspectos de controle demográfico como forma de combater a pobreza e de atender as necessidades humanas básicas. Contudo, só nos anos 1980, a saúde passa a vigorar de forma mais específica na agenda de financiamento do Banco Mundial, tendo em vista a crise no Estado protetor, e ainda as perspectivas de financiamento neste setor. Inicialmente, com a criação do Departamento de Projetos Demográficos, a atuação do Banco foi direcionada para questões de controle populacional. O Banco considerava que o controle de natalidade funcionava como estratégia para promover o crescimento econômico das nações em desenvolvimento, já que reduziria a necessidade de investimentos em áreas sociais, com o consequente aumento da disponibilidade de recursos para alocação nas áreas produtivas. (RIZZOTO, 2000).

No ano de 1975 o Banco publicou o primeiro documento sobre a área de saúde o estudo denominado de "*Salud: documento de política sectorial*". A partir deste estudo, o Banco começa a emitir opiniões, pareceres e recomendações, acerca dos assuntos envolvidos na saúde. O documento revelaria uma provável disposição a uma mudança nas práticas do Banco em relação ao setor, na consideração do financiamento voltado especificamente para a área, no entanto, optou-se pela

manutenção da pauta que beneficiava projetos de infraestrutura, energia e agricultura, com recomendação de atenção às questões de saúde no interior dos citados projetos. Acreditava-se que manter o apoio ao desenvolvimento econômico com foco para as áreas de infraestrutura provavelmente melhorariam as condições de saúde, resultando na conseqüente permanência marginal da pauta do financiamento das questões de saúde (RIZZOTO, 2000).

Desde então, a instituição divulga relatórios anuais com temas específicos em cada edição. O 16º relatório, publicado em 1993, teve como temática central o setor de saúde, e apresentou um diagnóstico da situação mundial, enfatizando a conjuntura de países em desenvolvimento; nele foi apresentada a proposta de projetos de reforma dos sistemas de saúde, e foi demonstrado ainda interesse em financiar projetos específicos na área, em especial aos destinados às reformas das políticas de saúde. Assim, o banco intensificou sua participação tanto na diversidade quanto na quantidade de recursos destinados ao setor, o que proporcionou mais poder para intervir nas definições e no estabelecimento de políticas de saúde. As propostas do Banco para ação estatal limitavam-se a programas voltados às populações mais pobres, baseados em ações de promoção e prevenção a saúde, que tivessem custos reduzidos e de resultados impactantes. As análises contidas nos documentos em questão evidenciam-se na racionalidade de cunho econômico, predominando ações baseadas nas relações de custo/benefício (RIZZOTO, 2000).

Santos Junior (2010), considera que o crescimento institucional foi acompanhado pela ampliação da agenda dos temas que são objeto de sua atividade. Ou seja, se na sua origem o eixo de ação do BIRD eram os empréstimos para projetos de infraestrutura, na década de 1960, o financiamento estava ligado ao combate à pobreza por meio de projetos específicos de serviços básicos. A partir da década de 1980, o BIRD constata que o apoio a projetos isolados não seria suficiente para produzir desenvolvimento, caso a estrutura institucional do país financiado não fosse adequada. Com isso, o Banco introduz os empréstimos de ajuste estrutural, voltados para o financiamento de políticas e não apenas de projetos.

Quanto ao Brasil, o volume de publicações e de contratos de empréstimos estabelecidos em diferentes âmbitos da administração pública, desde a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, demonstrou o interesse do Banco Mundial

nas políticas sociais no Brasil, especialmente em relação às responsabilidades do Estado e à gestão pública no setor saúde (RIZZOTTO, 2012).

Conforme Rizzoto e Campos (2016), a garantia do direito universal à saúde, a forma de gerir essa política pública e o potencial que esse setor apresenta para a acumulação do capital são aspectos que merecem ser considerados nas análises da relação do Banco com o campo da saúde brasileira, à medida que se relacionam intimamente, demonstrando a intencionalidade e o dinamismo nas ações neste setor.

No período de 2000-2015, o Banco Mundial financiou no Brasil, parcialmente, 211 projetos. Parcialmente porque todos os contratos, independentemente da modalidade, exigiam uma contrapartida da instituição beneficiada. Entre os projetos, 103 (48,81%) firmaram parceria com algum estado da federação ou Distrito Federal; 66 (31,27%) fizeram contratos com o Governo Federal; 24 (11,37%) com fundações privadas; e 17 (8,05%) com municípios. Rio de Janeiro e São Paulo foram os que obtiveram o maior volume de recursos e a Bahia a maior quantidade, com 14 projetos aprovados, sendo quatro na área da saúde (RIZZOTO; CAMPOS, 2016).

Dois documentos do Banco Mundial sobre a saúde brasileira – o primeiro publicado em 2007, intitulado *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro – fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos*, e outro, de 2013, com o título “20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde” – permitem fazer uma análise sobre a perspectiva política e o papel desempenhado pelo Banco Mundial na elaboração de políticas públicas de saúde no Brasil (RIZZOTO; CAMPOS, 2016).

O relatório do Banco Mundial de 2007 apontou os seguintes objetivos: descrever como os recursos públicos eram empregados; avaliar como os recursos repassados para os estados e municípios eram utilizados; levantar evidências de atrasos e defasagens na execução orçamentária; e fornecer orientações para as políticas públicas, com o intuito de melhoria na eficiência na gestão de recursos, bem como na qualidade da assistência no Sistema Único de Saúde (BANCO MUNDIAL, 2007).

Já o documento de 2013, teve por finalidade realizar uma análise objetiva e neutra do desempenho do sistema de saúde e de seus futuros desafios, e, também, apresentar recomendações fundamentadas no diagnóstico e em experiências de

outros países com similaridade de reformas (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Os interesses do Banco relacionam-se, portanto, com o financiamento, com o mercado e com a gestão do estado. Por isso, o documento de 2007 teve como eixo principal a governança, um modo de gestão do Estado, que surgiu nas últimas décadas do século XX, diante das crises dos estados de bem-estar e do crescente mal-estar social, decorrente do fim do pacto keynesiano, advindo das teorias da gerência empresarial e do Estado *Management* (RIZZOTO; CAMPOS, 2016).

A palavra governança, ou *accountability*, é empregada pelo documento de 2007 como um instrumento que possibilita alcançar a reponsabilidade dos atores envolvidos e os impactos de suas ações, baseando-se em seus desempenhos. Deste modo, o prestador de serviço de saúde poderia ser responsabilizado pela sua forma de gerir, planejar e monitorar os recursos financeiros, assim, o bom desempenho seria recompensado e o mal sancionado (BANCO MUNDIAL, 2007).

Para Rizzoto e Campos (2016), o ideário de governança local, descentralizada, confere à micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada a população, ponderando que a problemática da saúde reside na má gestão e não na ausência de recursos segundo a avaliação do Banco Mundial.

O Banco Mundial, no relatório de 2007, realizou avaliação em 17 municípios, sendo 49 hospitais e 40 unidades de saúde, restando diversas recomendações de melhorias na gestão, devido aos achados negativos em vários aspectos analisados, dentre eles destacam-se: o modelo de planejamento com alta complexidade e centralizado; as modificações orçamentárias durante a execução dos projetos; os desperdícios de suprimentos e medicamentos; e a gestão de pessoal prejudicada pela legislação inflexível, pela ausência de gestão e pela falta de *accountability* dos gerentes (BANCO MUNDIAL, 2007).

Ao avaliar os resultados tanto qualitativos quanto quantitativos deste estudo o Banco apontou situações de repercussões negativas na qualidade e efetividade dos serviços de saúde oferecidos, bem como no impacto dos custos para o SUS. Estes resultados foram organizados em quatro categorias com devidas recomendações de melhorias (BANCO MUNDIAL, 2007).

A primeira categoria trata do problema na fragmentação do processo de planejamento e do orçamento, com as recomendações de sincronização e alinhamento dos processos de planejamento, orçamento, execução e informação, e com a orientação voltada para o desempenho, ou seja, as metas de desempenho devem ser o alicerce do planejamento; a segunda envolve a questão da rigidez e da complexidade na execução orçamentária. Esta sugere o desenvolvimento e a introdução de arranjos organizacionais que proporcionem às unidades de gestão níveis crescentes de autonomia e autoridade para tomada de decisão sobre a gestão de recursos; a terceira volta-se para a ausência de autonomia gerencial, de incentivos e de capacidade. Além do fortalecimento da profissionalização da capacidade gerencial, esta categoria recomenda a aplicabilidade de instrumentos para o fortalecimento da responsabilização, a exemplo de contratos de gestão para incentivar a administração a instituir objetivos específicos com mensuração de seus resultados. Por fim, a quarta indica o estabelecimento de sistemas de monitorização robustos para melhorar o desempenho organizacional, a partir do fornecimento de informações úteis e claras incluindo dados de desempenho da gestão dos serviços de saúde (BANCO MUNDIAL, 2007).

O documento do Banco Mundial de 2013 conclui que a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil lançou os alicerces de um sistema de saúde melhor para o país, contribuindo para o bem-estar social e para a melhoria da qualidade de vida da população. Tem como temas centrais o financiamento, a gestão do sistema, o direito à saúde, a governança, a eficiência e a relação público/privado, na oferta de serviços de saúde. Este documento reconhece avanços como: a reestruturação profunda dos mecanismos de integração do sistema; o processo constante de descentralização e o compartilhamento das responsabilidades entre União, Estados e Municípios; assim como o aumento gradual dos gastos públicos para o financiamento do setor (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

O relatório admite ainda que nos últimos 20 anos muitas mudanças estruturais pretendidas com a concepção do SUS foram concretizadas. Dentre as principais mudanças referidas estão a ocorrência da descentralização de responsabilidades – tanto no financiamento quanto na prestação de serviços de saúde; uma nova perspectiva orientada para um sistema de saúde voltado para atenção primária; a mudança gradual de serviços hospitalares para prestadores do setor público; o

aumento dos gastos governamentais com a saúde; e a adoção de medidas para participação social e coordenação intergovernamental. No entanto, o Banco atenta para a existência de uma agenda inacabada e prevê cinco grandes desafios para o SUS, sendo eles: sustentar as melhorias no acesso à atenção à saúde; melhorar a eficiência e a qualidade; estabelecer funções e relações entre os níveis de governo; aumentar o nível e a eficiência dos gastos públicos; e ainda monitorar mais e melhor o sistema de saúde com fomento à pesquisa (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

O Banco ressalta a necessidade de aperfeiçoar a governança do sistema de saúde, nesse sentido, a governança é entendida como um conjunto de sistemáticas que estimula e reproduz melhores práticas, de modo a assegurar aos gestores decisões mais assertivas e adequadas a gestão e aos princípios fundamentais do SUS. Tem-se ainda a compreensão do envolvimento de protagonistas diversos na gestão, incluindo indivíduos, famílias, comunidades, empresas, níveis de governo, organizações não governamentais, empresas privadas e outras entidades responsáveis por financiar, monitorar, prestar e utilizar os serviços de saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

No referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública, o TCU afirma que a melhoria da governança é o grande desafio do Brasil e define a governança no setor público como “um conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para AVALIAR, DIRECIONAR E MONITORAR a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade” (BRASIL, 2014a, p. 5).

No entanto, a governança não deve ser confundida com gestão, visto que a governança tem a função de avaliar a situação, determinar a direção e monitorar os acontecimentos; enquanto a gestão se ocupa da elaboração do processo de trabalho para a execução do ciclo planejar-executar-avaliar-agir, seguindo a direção estabelecida pela governança. Assim, à governança cabe a parte mais alta da pirâmide de uma organização e a gestão refere-se à ocupação de todos os gestores (BRASIL, 2018a).

As alterações no sistema de saúde, previstas pela construção do SUS, trouxeram implicações para a governança, relacionadas a importantes aspectos como: o estabelecimento do direito à saúde e suas consequências; as instâncias de

coordenação e financiamento em todos os níveis de governo; a participação e a capacidade de influência da sociedade; e o relacionamento entre compradores e provedores de serviços de saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

O direito à saúde constitucional, estabelecido em 1988 e firmado pela legislação do SUS, resultou na necessidade de expansão da rede de saúde, todavia ainda não foi possível oferecer todos os serviços à população, gerando judicializações para obtenção de acesso a medicamentos e tratamentos de custos elevados, o que aumenta, cada vez mais, os custos do sistema. O Ministério da Saúde nos últimos anos intensificou o diálogo com os judiciários com a intenção de esclarecer as limitações do sistema, e instituiu novas práticas para acessar o sistema e para regulação, a fim de adotar novas tecnologias em saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

A governança do sistema é outro importante e desafiador problema que diz respeito às instâncias de coordenação e financiamento em todos os níveis de governo. A intensificação das transferências de responsabilidades em relação ao financiamento e à prestação de serviços demandou a organização de novos modos de coordenação e de negociação nos três níveis de governo. De início, foram formadas as Comissões Intergestoras Bipartite – CIB (envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde) e a Comissão Intergestores Tripartite (envolvendo o Ministério da Saúde, e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), e, posteriormente, a Comissão Regional (envolvendo Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de uma determinada região de saúde). Essas mudanças contribuíram para melhorar a coordenação do sistema, contudo, com o tempo, geraram processos burocráticos que, em determinados momentos, levam a atrasos na implementação de algumas políticas. A descentralização leva ainda a questionar a capacidade de gestão de boa parte dos municípios, que se responsabilizaram pela prestação dos serviços de saúde, considerando-se o tamanho do município, sua capacidade técnica e operacional, sua estrutura física e de recursos humanos; nesse sentido, passou-se, então, a empreender esforços para definir estratégias de organização, baseadas na configuração das redes regionais de atenção à saúde, envolvendo ações entre os níveis municipal e estadual (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

A participação e a capacidade de influência da sociedade também se relacionam com a governança do sistema, considerando que a democratização dos sistemas de saúde foi um dos objetivos principais da construção do SUS, concretizada pela formação de conselhos de saúde em cada nível de governo. Dos conselhos Nacional, Estadual e Municipais de saúde participam representantes de usuários do SUS, profissionais de saúde, prestadores de serviços, entidades empresariais com atividades na área, além de representantes do governo e de gestores. (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

Ademais, o Banco cita as mudanças no relacionamento entre compradores e provedores de serviços de saúde. Na época do INAMPS, a maioria dos pagamentos aos hospitais privados era feita por meio de contraprestação de serviços e as instituições públicas eram financiadas por orçamentos tradicionais, com base em rubricas orçamentárias; e contratos e convênios eram financiados por recursos arrecadados pelas taxas de contribuição dos trabalhadores. Com a criação do SUS, a assistência à saúde passou a ser um direito universal e gratuito para toda a população. O pagamento contra apresentação dos serviços foi substituído pela Autorização de Internação Hospitalar (AIH), um mecanismo de pagamento prospectivo com base em procedimentos médicos. Outros modelos organizacionais também foram introduzidos, a exemplo da contratação das Organizações Sociais (OS), organizações privadas sem fins lucrativos para prestação de serviços de saúde. Modelo adotado inicialmente em São Paulo e seguido por outros estados, a exemplo da Bahia; contudo, apesar de ser considerado bem-sucedido em São Paulo, existem poucas evidências de bom desempenho em outras cidades do país. Além disso, existe uma limitação na capacidade de elaboração e monitoramento dos contratos das Organizações Sociais, levando a questionamentos a respeito da instituição desta estratégia (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

O relatório de 2013 destaca ainda a necessidade de realização frequente de pesquisas e processos sistemáticos de monitoramento, bem como a necessidade de avaliação do sistema, com o objetivo de melhorar as informações de evidências a subsidiar uma reforma contínua no sistema de saúde. Constatou-se que apesar da grande quantidade de dados disponíveis sobre resultados em saúde, muitos deles apresentam incertezas quanto a confiabilidade e qualidade das informações, dificultando a comparação de desempenho do sistema de saúde em alguns setores.

Outrossim, algumas áreas requerem aprofundamento de pesquisas, como a de estudos a respeito de resultados favoráveis e desfavoráveis de vários modelos de prestação de serviço, dos impactos de inúmeras abordagens destinadas à melhoria da qualidade e à eficiência, e de estratégias para diminuir os gastos diretos com medicamentos. São, portanto, alguns exemplos de pesquisas e avaliações a serem realizadas, em parceria com as autoridades e a comunidade acadêmica, de forma a auxiliar nas respostas pertinentes à gestão de saúde, e, por consequência, contribuir para elevar a eficiência, a eficácia e a equidade do sistema de saúde do país (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013).

2.3 O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA E A AUDITORIA SUS BAHIA

A Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, conceitua a saúde com um direito do cidadão, um bem coletivo, cabendo ao estado o papel de organização, monitoramento e avaliação da saúde. Assim, com relação à necessidade de controle e fiscalização, a Constituição, em seu Art. 197, dispõe que:

São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Com a dissolução do antigo INAMPS determinou-se a formação do SNA, constituído pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro 1990, na qual dispõe como competência comum das três esferas de governo a definição de instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2016).

No Art. 16, desta norma, item XIX, que trata das competências da direção nacional do SUS, lê-se: “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal” (BRASIL, 1990).

O SNA foi instituído pela Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, competindo a este a avaliação

técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do sistema Único de Saúde, exercendo controle das ações e dos serviços de saúde em cada esfera de governo (BRASIL, 2016). A avaliação realizada pelo SNA acontece de forma descentralizada através dos órgãos estaduais e municipais, de representação do Ministério da Saúde, em cada Estado da Federação e no Distrito Federal (BRASIL, 1993).

Compete ao componente Federal auditar as ações previstas na política nacional de saúde, os serviços de saúde sob gestão federal, os sistemas de saúde estadual e municipal, a aplicação de recursos federais e os mecanismos de controle e auditoria dos estados e dos municípios (BRASIL, 1995).

A atribuição do componente Estadual é auditar as ações previstas no plano estadual; os serviços públicos ou privados sob gestão estadual; os sistemas de saúde municipais; a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios; e os mecanismos de controle e auditoria municipais; e, por fim, ao componente Municipal compete auditar as ações previstas no plano municipal de saúde e os serviços públicos ou privados sob gestão municipal (BRASIL, 1995).

O SNA exerce, sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, as atividades de controle da execução para verificar a conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; para avaliar a estrutura, dos processos aplicados e os resultados alcançados; para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e para a auditoria de regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (BRASIL, 1995).

Na esfera federal, o SNA é coordenado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e compõe a estrutura do Ministério da Saúde. Nessa esfera, cabe ao SNA, além da realização de auditorias, o fortalecimento dos componentes estaduais e municipais do próprio SNA, visando integrar as práticas de atuação nas três esferas dos entes federativos, além de colaborar com o aprimoramento organizacional, normativo e de recursos humanos de seus componentes (BRASIL, 2011a).

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) considera a auditoria um instrumento preventivo da avaliação da gestão pública e a define conceitualmente:

Auditoria é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio e outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/ corretiva/ saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde (BRASIL, 2011a).

Sabe-se que a auditoria é um instrumento de qualificação da gestão que visa fortalecer o SUS, por meio de recomendações e orientações ao auditado, com vista à garantia do acesso e à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Logo, a percepção de auditoria pelo SNA desloca o sentido de produção/faturamento para uma ótica de atenção para a defesa da vida dos usuários, com foco no acompanhamento de ações de saúde e seus resultados, ponderando ações de políticas públicas e seus determinantes sociais (BRASIL, 2017b).

Nos anos seguintes a sua criação em 1988, o SUS foi submetido a um processo intenso de normatização com o objetivo de garantir de forma efetiva os avanços pretendidos com sua formação. Criou-se, portanto, um arcabouço operacional do SUS, constituído pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) nas edições 91, 93 e 96; a Norma Operacional da Assistência (NOAS) 01/02 e, por fim, o Pacto pela Saúde no ano de 2006.

As NOBs destinam-se à definição de estratégias e aos planos de ações que norteiem a operacionalização deste sistema. A NOB 96, fundamentada nas práticas dos instrumentos operacionais anteriores, especialmente da NOB 1993,

tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal) (BRASIL, 1997, p.6).

Essa norma destaca-se por explicitar as funções essenciais para a gestão do SUS, à medida que dá nova definição das responsabilidades dos Estados, do Distrito

Federal e da União, de forma a consolidar os princípios do SUS, apontando para o reordenamento dos moldes de atenção à saúde, com o objetivo de redefinir:

a) os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única; b) os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; c) os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; d) a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; e) os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social (BRASIL, 1997, p. 7).

Assim, o processo de descentralização do SUS delegou à esfera municipal a tarefa de gerir ações e serviços de saúde, bem como de controlar recursos financeiros antes atribuído aos entes federais e/ou estaduais. Nesse sentido, a estruturação dos componentes estaduais e municipais do SNA tornou-se um dos requisitos tanto da NOB 96 quanto da NOAS/2001, com a intenção de propiciar avaliações diagnósticas, correções de distorções, analisar qualidade dos serviços, identificar fraudes, dentre outras não conformidades às normas estabelecidas na rede própria e na contratada (SOUZA, 2015).

Importante ressaltar que apesar de definidas as atribuições e competências de cada nível do SNA, ainda não se estabeleceu a organização deste sistema. A relativa autonomia dos Municípios e dos Estados contribuiu para que cada componente se organizasse de acordo com suas próprias concepções e perspectivas o que fez com que a implantação dos SNAs ganhasse características heterogêneas.

Ainda em relação à NOB/96, no entendimento de Souza (2015), constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS: estruturar o respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho; assim como, consolidar as informações necessárias; analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações; propor medidas corretivas; e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições.

Diante dos desafios e da complexidade de gestão impostos pelo processo de descentralização, uma nova proposição governamental emerge no ano de 2006, mediante a necessidade de organizar uma rede regionalizada e hierarquizada das ações e serviços, bem como a de qualificar a gestão do SUS. Assim, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde, determinando a implementação do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão SUS (BRASIL, 2006).

Dentre os princípios que regem os pactos, pode-se destacar os seguintes compromissos dos gestores: fortalecer os espaços e mecanismos de controle social; qualificar o acesso da população à atenção integral à saúde; e redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação em saúde.

Na definição das diretrizes operacionais, o Pacto pela Vida é “o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades, estabelecidas através de metas nacionais, estaduais ou municipais, que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira”. Já o Pacto em Defesa do SUS expressa “o compromisso entre os gestores do SUS com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política pública”. E por fim, o Pacto de Gestão estabelece “as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS determina as responsabilidades de auditoria em todas as esferas de governo, dentre elas a implementação e realização de auditoria sobre toda a produção de serviços de saúde (BRASIL, 2006). Determina ainda diretrizes para regulação da atenção à saúde e regulação assistencial, na qual a auditoria se insere:

Regulação da Atenção à Saúde – tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da Regulação da Atenção à Saúde compreendem a Contratação, a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial, o Controle Assistencial, a Avaliação da Atenção à Saúde, a Auditoria

Assistencial e as regulamentações da Vigilância Epidemiológica e Sanitária (BRASIL, 2006, p. 35).

A diretriz conceitua e define o papel da auditoria no Pacto de Gestão:

Auditoria Assistencial ou clínica – processo regular que visa aferir e induzir qualidade do atendimento amparada em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados. Deve acompanhar e analisar criticamente os históricos clínicos com vistas a verificar a execução dos procedimentos e realçar as não conformidades (BRASIL, 2006, p.35).

Apesar dos avanços postos pelas responsabilidades da auditoria das três esferas, Peron (2009) questiona a função reservada à auditoria no contexto do atendimento dos objetivos do pacto e na garantia de melhorias no SUS, discorrendo sobre a existência de um conceito simplista da auditoria assistencial, no tocante ao efetivo papel a ser desempenhado com a implementação do pacto.

Peron (2009) reflete sobre a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Auditoria do SUS, com integração de planejamento e execução de suas atividades nos três níveis de gestão, entendendo a auditoria como ferramenta de gestão importante para o sucesso do SUS. Desta maneira, a auditoria, quando vista como instrumento de gestão pelo Pacto de Gestão, permite uma avaliação ampla do sistema de saúde, respeitando os pressupostos da eficiência, eficácia, efetividade e economicidade. Além disso, outras funções poderão ser desenvolvidas, tais como a de cooperação técnica com propostas de medidas corretivas, o auxílio ao planejamento e o monitoramento com legitimidade e confiabilidade (PERON, 2009).

Depois de mais de 20 anos da criação do SUS, a Lei Orgânica de Saúde foi regulamentada por meio do Decreto nº 7.508 de 2011. No que concerne à articulação dos entes interfederativos, esta assume aspecto importante na gestão pública de saúde, dado o reconhecimento das Comissões Intergestoras Tripartite, Bipartite e Regional, nos âmbitos nacional, estadual e de regiões de saúde, que discutem e decidem, consensualmente e de modo compartilhado, as questões de saúde (BRASIL, 2011b).

Nesse sentido, a articulação interfederativa requer compromissos firmados, advindos de sólidos conteúdos, para tanto o decreto criou o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), definindo funções em seu Art. 2º - II, como as citadas a seguir:

Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

O COAP foi concebido para a função de organizar e integrar as responsabilidades dos entes da República a garantir integralidade da assistência aos seus usuários, funcionando como uma estratégia de aprimoramento da gestão. A gestão em saúde é avaliada, portanto, sob dois prismas: na gestão participativa e na avaliação do desempenho dos gestores, com ênfase nos resultados e na melhoria do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

A nova organização do SUS reforça a autonomia dos entes, estabelecendo uma relação de articulações nos espaços da federação, seja União, Estados, Distrito Federal ou Municípios, com o propósito de garantir a integralidade e o acesso do cidadão às ações e aos serviços de saúde. Nesse modelo de organização, a utilização de estratégias e de instrumento de controle, através da auditoria, fortalece o planejamento integrado, garantindo segurança, transparência e publicidade, de forma a subsidiar o julgamento dos gestores diante das questões gerenciais em saúde (ANDRADE, 2013).

Embora o Decreto Federal nº 7.508/2011 defina que o controle e a fiscalização do COAP serão realizados pelo Sistema Nacional de Auditoria, ele não determina como se dará esse controle e fiscalização, desse modo, o SNA continua sendo regulamentado pelo Decreto Federal 1.651/95.

Outro documento que reafirma as competências do SNA é a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispondo sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. As responsabilidades do SNA estão assim instituídas no Art. 42 desta Lei:

Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das

informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação (BRASIL, 2012, p.17).

Ademais, o SNA deve prestar auxílio ao Poder legislativo na fiscalização do cumprimento das normas da Lei Complementar nº 141/2012, com ênfase no que diz respeito à

elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual, ao cumprimento das metas para a saúde estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias, à aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde, à aplicação dos recursos vinculados ao SUS, e à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde (BRASIL, 2012).

Ao dispor sobre a prestação de contas, a lei assevera que

o gestor do SUS em cada ente da federação elaborará relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá entre outras, informações a respeito de auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações ou determinações (BRASIL, 2012).

A Lei 141/2012 foi uma inovação em relação ao Decreto Federal nº 1.651/1995, haja vista que a lei conferiu ao SNA a responsabilidade de verificar os recursos utilizados e os resultados alcançados, mediante análise do Relatório de Gestão, o decreto centralizava essas ações no Ministério da Saúde. Nos termos da Lei, cabe ainda ao SNA a avaliação dos resultados tendo como matriz referencial o planejamento e a programação anual das ações em saúde.

Em consonância com a legislação federal, foi instituída na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, por meio da Lei Estadual nº 6.812, de 18 de janeiro de 1995, a Auditoria do Sistema Único de Saúde (Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS), com a competência de “estabelecer sistemas de fiscalização e controle interno das atividades relativas à prestação de serviços do SUS”.

O Regulamento da Auditoria SUS Bahia foi aprovado em 2000, pelo Decreto Estadual nº 7.884, definindo, entre outras coisas, competências, composição e

organização do setor, e, inclusive, as atividades de auditoria que seriam executadas exclusivamente por auditores concursados (BAHIA, 2000).

Foi estabelecido como competência a apreciação e o julgamento de todos os atos, despesas, investimentos e obrigações verificados no âmbito do SUS ou alcançados pelos recursos a ele vinculados, abrangendo pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, que atuem na área hospitalar, ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico, sujeitos ao controle e à fiscalização do SUS/BA. Incluiu-se, ainda, todos que deram causa à perda ou qualquer irregularidade de que resulte dano ao SUS ou ao Fundo Estadual de Saúde – FNS, assim como quem deve prestar contas ao SUS ou cujos atos estejam sujeitos à sua fiscalização por expressa disposição legal (BAHIA, 2000).

A Auditoria SUS/Bahia tem como Missão “Assegurar a conformidade das ações, serviços e aplicação de recursos do SUS com as normas e resultados estabelecidos, no âmbito do estado da Bahia”; como Visão “Ser um órgão de controle autônomo e de excelência, reconhecido pela sociedade, na defesa do SUS”; e tem como Valores primordiais “Honestidade, Imparcialidade, Transparência e Competência” (BAHIA, 2016).

2.4 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO SWAP-BAHIA E A AUDITORIA SUS

As operações SWAP (*Sector-Wide Approaches* ou SWAPs, sua sigla em inglês) são operações de financiamento que geralmente apoiam programas prioritários do Mutuário (Governos) e que têm sido promovidas pelo Banco Mundial, desde o final dos anos 1980; mas foi a partir de meados da década de 1990 que essas operações foram mais divulgadas e tiveram apoio de agências bilaterais. Os SWAPs são considerados atraentes para os governos, pois são percebidos como capazes de fortalecer a capacidade de supervisionar, desenvolver políticas e planos, bem como alocar e gerenciar recursos (WALT *et al.*, 1999).

De acordo com Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE, o SWAP é uma operação de crédito inovadora, desenvolvida pelo Banco Mundial, que tem como característica principal apoiar o fortalecimento da gestão do governo, com o objetivo de promover a inclusão social no estado. Os recursos

financeiros são aportados diretamente ao tesouro estadual, viabilizando a continuidade de programas nas áreas de saúde, educação, abastecimento de água, esgoto, recursos hídricos e meio ambiente. Ou seja, os SWAPs procuram dar escala a programas existentes, focalizar em resultados, fortalecer parcerias, construir capacidades e melhorar o desempenho das instituições envolvidas (CEARÁ, 2008).

Quanto ao SWAP-BAHIA, foi enviada uma carta consulta, em fevereiro de 2008, à Comissão de Financiamento Externo (COFIEEX), para obtenção de financiamento do Banco Mundial. A COFIEEX, composta por diferentes órgãos da Esfera Federal e cuja Secretaria Executiva é a Secretaria de Assuntos Internacionais do Ministério do Planejamento (SEAIN/MP), tem como finalidade avaliar projetos cuja matriz de financiamento possua recursos externos oriundos de Organismos Financeiros Internacionais de Desenvolvimento Multilaterais ou Bilaterais, como, por exemplo, Banco Mundial (BIRD) ou Banco Interamericano de desenvolvimento (BID). A análise do pleito é feita através da Carta-Consulta, que é uma demanda de Financiamento ou de doação, referente a um projeto que contará com recursos externos e deve conter os seus respectivos componentes, produtos e custos previstos, bem como o objetivo e outras informações necessárias à avaliação (BRASIL, 2019).

A Carta Consulta foi aprovada em 24 de abril de 2009, e de meados de 2009 a meados de 2012 foram realizados diversos esforços para a preparação do Programa, que culminou com a assinatura do Acordo de Empréstimo nº 7951-BR, em 18 de julho de 2012.

Quanto à descrição do projeto, o instrumento para o empréstimo foi do tipo Empréstimo para Investimento Específico Multissetorial (*Specific Investment Loan – SIL*), adotando-se uma Abordagem para Todo o Setor (*Sector-Wide Approach – SWAP*). O SIL proposto tinha como objetivo fortalecer os sistemas do estado, para a execução do projeto de acordo com uma estrutura baseada em resultados. O desenho básico do SWAP, neste caso específico, derivou-se da experiência e das lições aprendidas de operações bem-sucedidas de SWAPs anteriores, em apoio a programas estaduais (BANCO MUNDIAL, 2010).

Mesmo derivando de experiências anteriores, o projeto apresentado introduziu mecanismos financeiros contemporâneos, como: “*outputs*” (produtos), que são intervenções baseadas em evidências, nos setores de água e de saúde, para as quais o projeto desembolsa recursos; e “*per-capita premia*” (prêmios per capita), que

corresponde ao valor médio agregado de serviços obstétricos e de saúde neonatal prestados a cada Beneficiário Elegível Inscrito, de acordo com o programa PRONASCER, para aumentar o desempenho do projeto e expandir a estrutura baseada em resultados e ajustada às necessidades do projeto (BANCO MUNDIAL, 2010).

O SWAP-Bahia tem como objetivos a ampliação do acesso à água potável, ao saneamento e aos serviços básicos de saúde, em pelo menos dez municípios selecionados, os mais afetados pelas doenças infecciosas intestinais (DII); e melhoria da atenção neonatal em 25 hospitais selecionados, por meio de indicadores de qualidade e efetividade (BAHIA, 2012).

Para tanto, de acordo com o Contrato de Empréstimo nº 7951 BR, o SWAP-Bahia foi dividido em componentes e subcomponentes:

Componente 1: Contribuir para a redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (Neonatal e Pós- Neonatal) no território do Mutuário. que por sua vez se subdivide em: Sub-componente 1A: Contribuir para a redução da mortalidade e morbidade pós-neonatal por doenças infecciosas intestinais (DII), através de apoio para a ampliação do acesso à água potável, saneamento e cuidados básicos dos municípios do Mutuário mais afetados pelas doenças infecciosas intestinais, através de intervenções selecionadas no setor da saúde objetivando a redução da incidência e predomínio de DII, bem como a diminuição de internações desnecessárias em 25 hospitais do Mutuário com as maiores taxas de DII anuais identificadas através de campanhas de vacinação, da criação de equipes da saúde da família e da elaboração de relatórios de auditorias clínicas; e intervenções selecionadas do setor de recursos hídricos com o objetivo de apoiar as metas de longo prazo do Mutuário para o fornecimento de serviços de água e saneamento sustentáveis, através, dentre outras, da gestão adequada dos recursos hídricos e construção de sistemas simplificados de abastecimento de água na zona rural e módulos sanitários. Sub-componente 1B: Contribuir para a redução da mortalidade neonatal em 25 hospitais selecionados através de apoio aos municípios selecionados para a ampliação e melhoria da qualidade e efetividade primária, secundária e terciária dos serviços de saúde maternal e neonatal (rede de saúde) com a introdução do Programa Nascer (PRONASCER) em 25 Hospitais Selecionados na forma de Prêmio de Seguro/Per Capita para cada Beneficiário Elegível Inscrito. Componente 2: Assistência técnica para modernização institucional dos órgãos no estado, responsáveis pelos recursos hídricos, saúde e planejamento (BAHIA, 2012, p. 8).

Além do enfoque multissetorial (saúde, recursos hídricos e planejamento), o Projeto traz grande inovação em relação aos mecanismos de financiamento. Para o

pagamento por produtos (*outputs*), o desembolso seria mediante à apresentação de produtos previamente estabelecidos, que se relacionam com indicadores intermediários do Projeto, mediante validação pela Auditoria SUS Bahia. Os pagamentos *per capita* (*per-capita premia*) seriam desembolsados com base no número de gestantes menores de 19 anos inscritas no pré-natal. O desembolso referente ao Programa PRONAScer estava relacionado aos 25 hospitais integrantes do programa, com base no portfólio de serviços acordados e agrupados em um Barema (BANCO MUNDIAL, 2010).

Para o Barema, ficou definido os seguintes indicadores: Programa de Mães Canguru, implementado nos 25 hospitais-maternidade selecionados; Número de partos nos 25 hospitais-maternidade selecionados; Percentagem de mortes neonatais investigadas, discutidas e analisadas pela Comissão de Mortalidade Neonatal; Número de hospitais selecionados para o SWAP-Bahia com Serviço de Neonatologia (UTI); Número de hospitais selecionados para o SWAP-Bahia com Banco de Leite; Índice de leitos obstétricos em UTI nos 25 Hospitais-Maternidade selecionados; Proporção entre leitos em UTI/leitos obstétricos em UTI nos 25 Hospitais-Maternidade selecionados; Leitos conjuntos mãe e filho; Percentagem de leitos de UTI encaminhados pelo Sistema Central de Encaminhamento; Contratos de administração firmados entre os 25 Hospitais-Maternidade selecionados (BANCO MUNDIAL, 2010).

No tocante à participação da Auditoria SUS Bahia no Projeto, essa decisão foi definida em uma reunião realizada na sede do Banco Mundial, em Brasília, no período de 23 a 25 de agosto de 2010, entre representantes do Banco Mundial (o Banco), do Estado da Bahia (o Mutuário) e da República Federativa do Brasil (o Fiador)

O Mutuário deverá, no máximo 3 meses após a Data de Vigência, concordar e, posteriormente, manter durante a execução da Parte IA (i) e da Parte IB, um plano de trabalho específico com a Auditoria do SUS, com base nos termos de referência satisfatório para o Banco Mundial, para fins de certificação dos Produtos do Setor da Saúde e Prêmios per capita relatados como Despesas Elegíveis. A Auditoria do SUS emitirá uma opinião e um relatório (conforme definido no Manual Operacional e nas instruções adicionais referidas na Seção IV.AI do Anexo 2 deste Acordo) sobre o número de Produtos do Setor de Saúde e Prêmio Per-Capita entregues durante o semestre calendário pertinente (WORD BANK, 2010, ANEXO 2, p. 7).

Quanto à justificativa para participação, a Auditoria SUS Bahia tem antecedentes no Banco Mundial, por ocasião do Programa de Reestruturação do

Sistema de Saúde da Bahia (Saúde Bahia – 2003), financiado pelo Banco Mundial. A Auditoria SUS demonstrou a existência de números altos de internações desnecessárias por doença infecciosa intestinal, levando a um aumento artificial das taxas de ocupação em hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, como estratégia para auferir o aumento do recebimento de reembolsos. Constatou, ainda, solicitações de reembolso inelegíveis, falhas no tratamento ambulatorial e no monitoramento das doenças infecciosas intestinais (DII), além de indicadores de DII inflados que distorciam as estatísticas de morbidade na Bahia. Um trabalho similar – ainda dentro do mesmo projeto, com foco na avaliação da legitimidade das internações por diabetes no Estado – demonstrou que a adoção consistente de medidas regulares de governança clínica (regulação e controle de qualidade), reduziu em 18 por cento o orçamento anual do Estado alocado para estas internações (BANCO MUNDIAL, 2010).

O produto previsto no SWAP-Bahia, para a realização de auditorias clínicas em 25 hospitais, objetivou incentivar a introdução de regulamentos da prática clínica para redução da incidência de internações por DII desnecessárias, corrigindo o uso inadequado de protocolos existentes para tratamento clínico, desenvolvendo a cultura de regulação adequada e desenvolvendo sistemas de incentivo para a correção dos encaminhamentos (BANCO MUNDIAL, 2010). Quanto aos demais objetos de auditoria técnica (produtos e capita), não há precedentes em auditoria.

Ficaram definidos 10 Produtos (06 para o setor água e 04 para o setor saúde) para o SWAP-Bahia, sendo que a Auditoria SUS ficou responsável pelos seguintes produtos e capas:

- Validação do quantitativo de doses aplicadas de vacina oral contra rotavírus humano em crianças menores de um ano de idade (primeiras e segundas doses) – Produtos 7 e 8;
- Validação da quantidade de novas equipes de saúde da família (PSF) implantadas no Estado durante a execução do projeto – nomeadas e em operação – Produto 9;
- Relatório consolidado de auditorias clínicas realizadas em 25 hospitais selecionados com maior número de internações por doença infecciosa intestinal – Produto 10;
- Validação do número de registro de mulheres jovens grávidas, menores de 19 anos, no SISPRENATAL (Capita);

– Validação dos indicadores de desempenho referentes aos 25 hospitais selecionados para implantação do PRONASCER (BANCO MUNDIAL, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesse tópico, apresentamos uma breve discussão conceitual sobre dados documentais, explorando a perspectiva qualitativa que norteou as escolhas metodológicas dessa pesquisa; em seguida, apontamos os procedimentos empregados na execução deste trabalho. Para além do já exposto, convém acrescentar que para estudar uma política social é preciso considerar que esta foi organizada, elaborada, implantada e implementada em um determinado momento histórico, e que, para além disso, envolve as particularidades de uma sociedade, tais como aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Propusemos neste estudo realizar uma pesquisa documental de natureza qualitativa, tendo em vista que buscamos entender o fenômeno por meio da compreensão da subjetividade dos atores envolvidos e das relações postas.

Importante ressaltar que pesquisa documental e análise documental não são sinônimos. A pesquisa documental se utiliza, sobretudo, de documentos que ainda não foram analisados ou sistematizados, ou seja, consiste no exame de materiais que não foram utilizados para nenhum trabalho de análise, ou que podem ser reexaminados, buscando-se outras interpretações ou informações complementares; assim como outros tipos de pesquisa, produzem novos conhecimentos, criando formas de compreender os acontecimentos nas diversas perspectivas apresentadas. O método utilizado para analisar os documentos é chamado de “método de análise documental”.

O uso de documentos em pesquisa permite “acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social, além de favorecer a observação do processo de análise da evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas” (FERNANDES; REBOUÇAS, 2013).

A definição do termo “documento”, derivado do Latim *documentum*, pode ser utilizada para designar qualquer coisa que possibilita conhecer outras coisas, qualquer informação registrada em algum suporte, isso por que a palavra tem muitos significados: ensino, lição, aviso, advertência, exemplo, indício, sinal, prova etc., o que nos traz à lembrança imagens como as de uma certidão, uma escritura ou um pergaminho poeirento (GIL, 2021).

Para Oliveira (2007), os documentos proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, pois constituem manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo, o que permite conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes.

Cellard (2008) entende que todos os vestígios do passado, que servem de testemunho, são documentos. Para o autor, os documentos não seriam somente registros escritos, mas também de natureza iconográfica e cinematográfica, ou qualquer outro tipo de testemunho registrado, objetos do cotidiano ou de elementos folclóricos.

Os documentos quando elaborados têm um propósito, uma finalidade, ou seja, funcionam como “meios de comunicação”. Compreender quem os produziu, com qual finalidade, para quem foi construído, a intencionalidade de sua elaboração e que não devem ser utilizados como “contêineres de informações” é de grande relevância, pois são “dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na produção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234).

Segundo Fachin (2017), a pesquisa documental corresponde à coleta de informações, seja esta visualizada, escrita ou oral, devendo-se considerar documento qualquer informação em forma de textos, imagens, sons, sinais em papel, madeira ou pedra, gravações, pinturas, ilustrações, documentos oficiais, como editoriais, leis, relatórios, ofícios, e documentos jurídicos, provenientes de cartórios, registros gerais, inventários, testamentos, entre outros.

Para Lakatos e Marconi (2021, p. 190), toda pesquisa científica implica o

levantamento de dados de variadas fontes, com o objetivo de recolher informações prévias sobre o campo de interesse, que pode ser feito de duas maneiras: pesquisa documental (ou de fontes primárias) e pesquisa bibliográfica (ou de fontes secundárias).

Para estas autoras, a característica da pesquisa documental é tomar como fonte de coleta de dados apenas documentos, escritos ou não, que podem ter sido elaborados quando o fato ou fenômeno ocorreu, ou depois.

Já Bardin (1997, p.45-46) define a análise documental como:

o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original facilitando sua consulta e referência. Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação.

A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados. Os documentos têm origens em diferentes fontes, que podem ser classificadas em primárias, secundárias e terciárias.

Fontes primárias são aquelas que

se apresentam da forma como foram produzidas por seus autores e correspondem aos documentos originais, contemporâneos ao evento ou período a que se refere a pesquisa, como por exemplo: legislação, periódicos, correspondências, diários, autobiografias, discursos, fotografias, obras artísticas, documentos governamentais e documentos de empresas (GIL, 2021, p. 165).

No que se refere às fontes secundárias, estas são:

constituídas por trabalhos que se baseiam em outros, ou seja, em fontes primárias e correspondem a documentos indiretos, posteriores ao período a que se refere a pesquisa, tendo como exemplos: dados, livros, catálogos de bibliotecas, biografias (GIL, 2021, p. 165).

Já as fontes terciárias são “constituídas por seleções ou compilações de fontes primárias e secundárias, como, por exemplo, bibliografias, guias de literatura, obras de indexação e resumos” (GIL, 2021, p. 165).

Quanto às vantagens, as fontes documentais são pesquisas elaboradas a partir de dados já existentes e se utilizam de uma quantidade bem menor de recursos humanos, materiais e financeiros, o que constitui uma grande vantagem para os pesquisadores. Também são capazes de oferecer um conhecimento mais objetivo da realidade, considerando que possibilita o conhecimento do passado, a investigação de mudança social e cultural, permite a obtenção de dados com menor custo, bem como favorece a obtenção de dados sem o constrangimento do sujeito (GIL, 2021).

Em relação às limitações destacamos:

a crítica frequente sobre a utilização dos documentos como amostras não representativas, falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo, a falta de objetividade e a validade questionável que consiste numa crítica da corrente positivista (por se tratar de um método qualitativo) (OLIVEIRA, 2007, p. 60).

O método qualitativo se preocupa com o estudo da história, das relações, das crenças, das percepções, das opiniões e com a realidade na qual o indivíduo se encontra inserido. Se aplica aos produtos das interpretações feitas pelas pessoas, a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. (MINAYO, 2014).

É nesse sentido que o método qualitativo permite

desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, bem como pode ser utilizado para construção de indicadores qualitativos, caracterizando-se, assim, pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento, até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2014, p. 57).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de análise documental, resultante de uma experiência concreta que ocorreu no Estado da Bahia, referente a uma política pública de caráter intersetorial e financiamento público externo, o Programa SWAP-Bahia.

3.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS

Para a operacionalização dessa pesquisa foi solicitado ao gestor estadual de saúde e à coordenadora estadual do Programa SWAP-Bahia acesso aos documentos disponíveis na Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (ANEXO – 01 e 02), os quais foram usados para análise dos dados e publicação dos resultados do estudo.

Em razão de não ser uma pesquisa realizada com seres humanos, e por se tratar de dados de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, o estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), atendendo, assim, ao preconizado na Resolução nº 510/210, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados, diretamente obtidos com os participantes, ou de informações identificáveis, que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

3.4 SISTEMÁTICA PARA SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os passos metodológicos têm papel fundamental na pesquisa social, e partindo da concepção mais comum de análise como fragmentação do todo, percebe-se que investigar implica também o conhecimento interno de um todo, tanto de seus componentes como de suas interações. Nesse sentido, é importante ressaltar que o percurso metodológico deve se adaptar às características da temática em estudo, atentando sempre para atitudes reflexivas do pesquisador, bem como, para as relações conceituais e contextos apresentados pelo próprio objeto.

A princípio, essa pesquisa perpassou pela fase exploratória, a fim de ter um primeiro contato com a área de estudo, o objeto e as teorias já existentes sobre políticas sociais na área da saúde, financiamento internacional, Sistema Único de Saúde – SUS e Auditoria do SUS, a fim de possibilitar uma maior aproximação com o assunto. Foi realizada uma busca nas bases de referências PUBMED, na Biblioteca Cochrane, no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no *Google Scholar*, levando em conta os seguintes descritores: política de saúde, financiamento externo, auditoria, auditoria SUS e banco mundial.

Nesta etapa da pesquisa, foram selecionados os artigos com maior orientação no que se refere a Auditoria de Sistemas de Saúde, financiamento internacional e políticas públicas de saúde. Além dos artigos, foram utilizados livros e outros textos específicos à área em estudo. Os dados estatísticos sobre o Brasil e a Bahia foram coletados das fontes oficiais presentes na página do Instituto Brasileiro de Geografia

e Estatística – IBGE¹ e os dados epidemiológicos do site do DATASUS². A legislação brasileira empregada como referência incluiu políticas, programas e ações orientadas às políticas públicas de saúde.

Para uso da pesquisa documental, foram identificados e explorados seis documentos oficiais: Plano Plurianual – PPA – BA (2008-2011); Carta Consulta (2008); *Minutes of Negotiations* (Atas de Negociação do Empréstimo) (2010); Documento de Avaliação do Projeto – PAD (2010); Contrato de Empréstimo nº 7951 – BR (2012); e Ajuda Memória (Ata de Reunião) (2008), conforme demonstrado no Quadro 01. Estes documentos viabilizaram o levantamento de dados, possibilitando analisar o processo de implantação do Programa SWAP-Bahia, no Setor Saúde, sob a perspectiva da Auditoria SUS-Bahia, no período de 2008-2012, apresentar a memória histórica de implantação do Programa SWAP-Bahia, no Estado da Bahia, e descrever os documentos institucionais de implantação do Programa SWAP-Bahia.

Para a análise dos dados foram utilizadas as seguintes etapas, adaptadas do estudo desenvolvido por Kantorski *et al.*, (2007): apuração e organização do material, baseada em leituras utilizando critérios da análise de conteúdo; análise crítica dos documentos – caracterização, descrição e comentários; fichamento; levantamento de assuntos recorrentes; codificação; evidência do núcleo emergente; decodificação; interpretação; e inferência.

Na primeira etapa – apuração e organização do material – foram realizados o exame cuidadoso e a organização dos documentos, mediante leituras sucessivas e sistemáticas, com as quais se objetivou identificar os principais objetivos, decisões e encaminhamentos. Na sequência, os parágrafos do documento que descreviam alguma ação (realizada, preconizada ou instituída como meta) foram destacados. Foi realizada, então, uma releitura desses parágrafos destacados e organizada uma planilha para cada documento, utilizando o programa Microsoft Excel; nas planilhas foram transcritos os parágrafos correspondentes às ações apresentadas no documento, classificando-as quanto ao item ou subitem do documento ao qual eles pertenciam. As informações organizadas desta forma permitiram uma releitura dos

¹ C.f (<http://www.ibge.gov.br/home/>)

² C.f (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>)

dados, possibilitando identificar as ações, uma a uma, e estas foram separadas e dispostas numa relação à parte.

Para a classificação dos dados foram feitas leituras e releituras exaustivas dos textos, identificando estruturas de relevância, ideias centrais e momentos-chave sobre o tema. Analogamente, cada critério de classificação corresponderia a uma “gaveta” (MINAYO, 2012, p. 624). A esse processo organizativo dos textos teóricos e das referências, que balizaram o projeto, e dos documentos geográficos, históricos, estatísticos e institucionais, que foram pesquisados e contribuíram para contextualização do objeto, denominamos “ordenação”.

A segunda etapa, análise crítica do documento, foi feita com base em nova leitura sistemática de cada documento, buscando apreender suas características gerais, a estrutura da edição, a concepção teórica utilizada e os aspectos-chave: caracterização, levantamento de assuntos recorrentes, identificação de núcleos emergentes. Essas leituras foram registradas na forma de apontamentos em folhas à parte (fichamento).

Cada documento foi codificado como DOC 1, DOC 2, DOC 3 e, assim, sucessivamente (como podemos ver no Quadro 01). Com base nesses apontamentos, foi organizado um quadro com a apresentação de cada documento, com os seguintes itens: Título do documento, Autores, Local e data e Conteúdo. Foi realizada então, uma análise crítica de cada documento que deu origem ao capítulo: Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados.

Quadro 1 – Resumo dos Documentos Utilizados no Estudo

TIPO	ANO	TÍTULO	RESUMO
DOC 01 – Plano Plurianual	2007	Plano Plurianual – PPA 2008-2011	<p>O Plano Plurianual 2008-2011 tem o objetivo de garantir ao cidadão acesso integral, humanizado e de qualidade às ações e aos serviços de saúde, articulados territorialmente de forma participativa e intersetorial. Nessa perspectiva, a melhoria do sistema de saúde é uma das prioridades do Governo baiano. Esta linha estratégica apresenta programas e ações setoriais e/ou territoriais que visam assegurar saúde básica e saúde preventiva através da oferta de serviços e equipamentos de qualidade. Com a implementação destas ações, o Governo pretende promover uma profunda transformação, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, no atendimento da população conforme segmentos etários e especialidades, considerando a distribuição territorial da população.</p> <p>Fonte: Bahia (2007).</p>

DOC 02 – Carta Consulta	2008	Carta Consulta à Comissão de Financiamento Externo da Secretaria de Assuntos Internacionais	<p>Carta consulta à Comissão de Financiamentos Externos (COFIE) da Secretaria de Assuntos Internacionais (SEAIN), que foi elaborada como uma das providências iniciais para obter o financiamento do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), para o Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia.</p> <p>Fonte: Bahia (2008b).</p>
DOC 03 – Ata de Negociação	2010	Ata de Negociação (23-25 de agosto de 2010)	<p>Reunião de negociação referente ao empréstimo proposto no valor de US\$ 60 milhões em apoio ao Projeto de Gestão Integrada de Saúde e Água, entre representantes do Banco Mundial (o Banco) e do Estado da Bahia (o Mutuário) e a República Federativa do Brasil (o Fiador). As negociações ocorreram na sede do Banco em Brasília por meio de videoconferência com Washington DC. O documento consta de 9 anexos: Anexo 1 – Lista de Assistentes; Anexo 2 – Acordo de Empréstimo; Anexo 3 – Acordo de Garantia; Anexo 4 – Carta de Desembolso; Anexo 5 – Termos Financeiros do Empréstimo; Anexo 6 – Portaria; Anexo 7 – Acordos Estruturais (SESAB, CERB, INGÁ); Anexo 8 – Rascunho do Acordo-Quadro (TCE); Anexo 9 – Cronograma de Amortização.</p> <p>Fonte: Word Bank (2010).</p>
DOC 04 – Documento de Avaliação do Projeto (PAD)	2010	Documento de Avaliação de Projeto Sobre Uma Proposta de Empréstimo no Valor de 60 Milhões de Dólares para o Estado da Bahia Com Garantia da República Federativa do Brasil Destinado a um Projeto Integrado Para Saúde e Gerenciamento De Água	<p>Objetivo de desenvolvimento do Projeto no contexto do Plano Estratégico do Estado para o período 2008-2011 e de seu principal propósito de reduzir a taxa de mortalidade infantil, os objetivos do projeto são: (i) expandir o acesso à água limpa, saneamento e à atenção básica de saúde em ao menos 10 municípios selecionados, os mais afetados por enfermidades intestinais infecciosas (EII) e (ii) melhorar a atenção de saúde neonatal em 25 hospitais selecionados, utilizando um indicador Barema de qualidade e eficiência. Descrição do projeto. O Projeto proposto teria dois componentes, e um custo total de 60 milhões de dólares: o componente 1, para contribuir para a redução da mortalidade infantil, e o componente 2, para a modernização institucional dos setores de saúde, água e planejamento. A maior parte das intervenções envolve um enfoque intersectorial conjunto, de forma a gerar sinergias e impacto. Para o componente 1, o projeto deverá visar a redução da mortalidade e da morbidade pós-neonatal devidas à diarreia, expandindo o acesso à água limpa, saneamento e atenção básica de saúde nos municípios mais afetados por diarreia, além de desenvolver intervenções relacionadas à redução da mortalidade neonatal, apoiando os municípios na expansão e no aprimoramento da qualidade e da eficiência da cadeia de atenção de saúde, focalizando serviços para a promoção da saúde materna e de recém-nascidos, introduzindo um programa estadual para a qualidade da atenção à saúde neonatal (PRONASCER) em 25 hospitais estaduais de referência selecionados. O componente 2 dará suporte ao fortalecimento da capacidade institucional da gestão, monitoramento e avaliação do estado, nos setores de água, saúde e planejamento.</p> <p>Fonte: Banco Mundial (2010).</p>
DOC 05 – Contrato de Empréstimo	2012	Doc no. 0454/2012. Empréstimo nº 7951–	<p>Contrato, datado de 18 de julho de 2012 que entre si fazem o BANCO INTERNACIONAL PARA RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO ("Banco") e o ESTADO DA BAHIA. ("Mutuário"). O Banco concorda em emprestar ao Mutuário,</p>

		BR. Contrato de Empréstimo	de acordo com os termos e condições estabelecidos ou referidos neste Contrato, a quantia de sessenta milhões de Dólares. Fonte: Bahia (2012).
DOC 06 – Ajuda Memória	2012	Ajuda Memória. Missão de Supervisão. 10 –14 de setembro de 2012	Missão de supervisão do SWAP-Bahia realizada entre 10 e 14 de setembro de 2012. Dada a defasagem entre a conclusão da preparação do Projeto, com data de efetividade prevista para dezembro de 2010, e a efetividade propriamente dita em 30 de agosto de 2012, o principal objetivo da missão foi revisar os aspectos fundamentais do desenho do Projeto para verificar avanços e desafios na sua exequibilidade em relação ao desenho. Fonte: Bahia (2012)

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise dos documentos permitiu a apreensão das categorias, a seguir:

1 - Processo de implantação do Programa SWAP-Bahia na perspectiva da Auditoria SUS-Bahia no período de 2008-2012;

1.1 - Redução da mortalidade infantil e neonatal;

1.2 - Melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido.

2 - Memória histórica de implantação do Programa SWAP-Bahia no Estado da Bahia: fortalecimento da capacidade institucional da auditoria do sistema único de saúde.

4 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-BAHIA NA PERSPECTIVA DA AUDITORIA SUS-BAHIA NO PERÍODO DE 2008-2012

As metas do milênio foram estabelecidas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, com o apoio de 191 nações, e ficaram conhecidas como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). São eles: 1 – Acabar com a fome e a miséria; 2 – Oferecer educação básica de qualidade para todos; 3 – Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; 4 – Reduzir a mortalidade infantil; 5 – Melhorar a saúde das gestantes; 6 – Combater a Aids, a malária e outras doenças; 7 – Garantir qualidade de vida e respeito ao meio ambiente; 8 – Estabelecer parcerias para o desenvolvimento (BRASIL, 2000a).

Nesse sentido, foi elaborado o PPA 2008-2011 e a “Carta Consulta” faz referência às seguintes diretrizes estratégicas apresentadas no referido documento: Ampliação da Infraestrutura Social (Programa Água Para Todos); Acesso à Saúde de Qualidade (Programa Saúde Bahia); e Acompanhamento e Avaliação de Programas e Ações Governamentais (Programa Gestão Estratégica do Planejamento Governamental); na versão final do PPA 2008-2011, os referidos Programas passaram a compor, respectivamente, as seguintes diretrizes: Desenvolver a Infraestrutura Social (Habitação, Saneamento e Energia) (Programa Água Para Todos); Garantir ao Cidadão Acesso Integral, Humanizado e de Qualidade às Ações e Serviços de Saúde, Articulados Territorialmente de Forma Participativa e Intersetorial (Programa Saúde Bahia); e Promover a Gestão Pública com Democracia, Participação e Transparência (Programa Gestão Estratégica do Planejamento Governamental) (BAHIA, 2007).

O Programa Água Para Todos propõe a implementação de um conjunto de ações para garantir o acesso à água com qualidade e em quantidade, como também a sua permanência ao longo do tempo, na qual foram incluídas ações de saneamento básico, de apoio a projetos socioeconômicos e de geração de trabalho e renda (BAHIA, 2008a).

O Programa Saúde Bahia contempla um conjunto de ações voltadas para a melhoria do estado de saúde da população, baseadas na ampliação do acesso a

serviços de saúde, equidade e eficiência do sistema, tendo como elementos norteadores a descentralização do SUS, a universalidade, a resolubilidade das ações e serviços de saúde, bem como os compromissos assumidos com governo federal quando da adesão ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal, que propõe o desenvolvimento de estratégias para o alcance dos objetivos do milênio de números 4 e 5 (BAHIA, 2008a).

Na área de saneamento, a proporção de domicílios urbanos que não estavam ligados à rede geral de abastecimento de água declinou de 6,6% em 2002 para 5,4% em 2005. Nas áreas rurais, entretanto, o percentual de atendimento foi de apenas 31,7%. Um outro dado importante apresentado foi que aproximadamente 6 milhões de pessoas residem no semiárido e, grande parcela dessa população encontra-se situada em áreas de risco hídrico, condições de pobreza extrema e, em sua maioria, dependentes de programas sociais como o “Programa Bolsa Família” (BAHIA, 2008a).

A Carta Consulta também define o executor da proposta como sendo a Secretaria do Planejamento do Estado da Bahia (SEPLAN) e para a implementação dos subcomponentes os demais órgãos: a) a cargo da Secretaria de Meio Ambiente e Recursos Hídricos do Estado da Bahia / Superintendência de Recursos Hídricos: Programa Água para Todos; b) a cargo da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia: Saúde Bahia; c) a cargo da própria SEPLAN: Gestão Estratégica do Planejamento Governamental.

Ente os dias 1º e 5 de setembro de 2008 ocorreu em Salvador uma Missão do Banco Mundial, com representantes do BIRD, SEPLAN, SESAB, Instituto das Águas e do Clima (INGÁ), Companhia de Eletrificação Rural da Bahia (CERB) e da Empresa Baiana de Saneamento (EMBASA), com o objetivo de avançar nas discussões técnicas e operacionais referentes ao SWAP-Bahia. Foi discutido o escopo da operação e os respectivos componentes e subcomponentes; estudos e passos necessários ao avanço na preparação, incluindo a revisão e aprovação da Carta Consulta pelo Governo Federal; e aspectos operacionais da abordagem SWAP, incluindo o cronograma (BAHIA. 2008b).

Durante a reunião, a Missão foi informada que a Carta Consulta tinha sido apresentada ao Grupo Técnico da COFIEIX (GTEC), em 28 de agosto de 2008, o qual solicitou o envio de informações complementares à SEPLAN. Destaca-se, ainda, as seguintes conclusões: a) O secretário de planejamento foi designado coordenador

geral do Projeto; b) Objetivo geral do SWAP-Bahia: promover o desenvolvimento social com equidade no Estado, ampliando o acesso à água em quantidade e qualidade e apoiando as ações para redução da mortalidade materna e neonatal; para tanto, o SWAP apoiaria programas elegíveis (PPA 2008-2011), que foram identificados em cada um dos setores. A missão utilizou o mesmo objetivo proposto na Carta Consulta (2008); c) A SEPLAN informou à Missão sobre os arranjos institucionais considerados para o SWAP: a SEPLAN ficaria responsável pela coordenação geral da operação e pela execução de atividades selecionadas do Componente de Fortalecimentos Institucional e Gestão do Projeto; os órgãos setoriais ficariam encarregadas da coordenação técnica e execução das atividades selecionadas para o componente 1 – Melhoria da Atenção Materna e Neonatal (SESAB) e componente 2 – Recursos Hídricos e Saneamento (INGA); d) Em relação ao setor saúde, ficaram definidos os seguintes objetivos: Aumentar a capacidade resolutive da rede de atenção materna e neonatal para o atendimento de condições de risco; e fortalecer e implantar a linha de cuidado na atenção materna e neonatal, fortalecendo as funções de planejamento, regulação, gestão e assistência técnica da SESAB e atividades de vigilância do óbito materno e infantil (BAHIA, 2008b).

Foi definido um cronograma preliminar e uma Matriz de Compromisso, com as seguintes atividades: Visita de especialista para verificar salvaguardas indígenas; Concluir diagnóstico de perfil epidemiológico das mortes maternas e neonatais, e morbidade por diarreia, incluindo: idade de morte, nível socioeconômico, educação, causa de morte, etc.; elaborar mapa de distribuição da morbidade por diarreia no Estado – cruzamento de IDH com ocorrência de diarreia; elaborar lista de serviços elegíveis para compor o sistema de incentivos de qualidade obstétrica e neonatal (incentivos de regulação, de qualidade e de serviços); fazer levantamento de maternidades com maior porcentagem de partos; lista de maternidades (porcentagem de nascimentos) e *ranking* de mortalidade neonatal por maternidade; elaborar memória de custos de capacitação obstétrica e neonatal em média e alta complexidade; elaborar memória de custos de vacinação (rotavírus); confirmar os programas do PPA, com custos em Reais por ano, das ações apoiadas pelo projeto; missão de salvaguarda ambiental sobre autoavaliação ambiental das maternidades e dos hospitais com serviços obstétricos (resíduos hospitalares); calcular os custos do licenciamento ambiental; elaborar estudos de custo-benefício do Programa SWAP;

informar ao Banco sobre a decisão do modelo de gestão a ser adotado no âmbito do SWAP; apresentar proposta de indicadores e as metas do Setor Saúde; custos de ações de fortalecimento institucional no Setor Saúde; identificar cursos para certificar profissionais no atendimento materno e neonatal; e fazer plano de certificação (mapear cursos e custos de formação, a partir da definição de metas por número de participantes) (BAHIA, 2008b).

A carta consulta à COFIEX, para obtenção de financiamento do Banco Mundial ao Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia, foi aprovada em 24 de abril de 2009.

Entre os dias 23 e 25 de agosto de 2010 ocorreu uma reunião em Brasília, por meio de videoconferência com Washington DC, com representantes do Banco Mundial (o Banco), do Estado da Bahia (o Mutuário) e da República Federativa do Brasil (o Fiador), com o objetivo de definir as condições de negociação para o empréstimo proposto em apoio ao Projeto de Gestão Integrada de Saúde e Água. Na oportunidade, o estado da Bahia solicitou a inclusão, tanto no Contrato de Empréstimo quanto no Contrato de Garantia, do nome do Projeto em português – Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia (SWAP Bahia). O Documento intitulado “*Minute of Negotiations*” apresenta documentos em língua inglesa e em português, todos assinados pelas partes, e é composto por 9 anexos: Anexo 1 – Lista de Participantes; Anexo 2 – Contrato de Empréstimo; Anexo 3 – Contrato de Garantia; Anexo 4 – Carta de Desembolso; Anexo 5 – Termos Financeiros do Empréstimo; Anexo 6 – Portaria nº 121/2010; Anexo 7 – Acordos Estruturais (SESAB, CERB, INGÃ); Anexo 8 – Projeto do Acordo-Quadro (TCE); Anexo 9 – Cronograma de Amortização.

Importante ressaltar que em relação à Carta Consulta (2008) e à Ajuda Memória (2008), a “*Minutes of Negotiations*” (2010) traz temas novos, não apresentados anteriormente, a exemplo da participação do componente estadual de Auditoria do SUS.

Durante a reunião, o Estado da Bahia forneceu evidências de cumprimento das condições de negociação com a apresentação de um Manual Operacional, que foi considerado satisfatório para o Banco, restando acordado que o Manual seria revisado para incorporar as mudanças definidas e adaptado ao longo da implementação do Projeto, desde que previamente ajustado com o Banco. Dois outros pontos também

foram ajustados: a data de Fechamento do Projeto foi revisada para 31 de dezembro de 2015; e em relação ao Documento de Avaliação do Projeto (PAD); este foi parcialmente revisado para incorporar as mudanças acordadas durante as negociações e para ser consistente com a versão final do Acordo de Empréstimo e com a Carta de Desembolso, sendo que o Banco poderia divulgá-lo publicamente antes que a operação fosse considerada pela Diretoria da instituição, de acordo com a Política do Banco Mundial sobre Acesso à Informação, datada de 1º de julho de 2010 (WORD BANK, 2010).

Em relação ao Contrato de Empréstimo (Anexo 2 da “*Minutes of Negotiations*” – 2010), o Estado da Bahia declara seu compromisso com os objetivos do Programa, e para tanto deverá executá-lo através dos seguintes órgãos: SEPLAN, SESAB, CERB, INEMA e o TCE. De acordo com o referido documento, os objetivos do Programa SWAP-Bahia são: (a) ampliação do acesso à água potável, ao saneamento e aos serviços básicos de saúde em pelo menos 10 municípios selecionados mais afetados pelas doenças infecciosas intestinais (DII); e (b) melhoria da atenção neonatal em 25 hospitais selecionados (WORD BANK., 2010)

O Programa foi dividido em partes, e para cada área foram definidas as responsabilidades. Sob a responsabilidade da SEPLAN, além da coordenação geral do Programa, a execução da Parte 2.A: Parte 2: assistência técnica para a modernização institucional dos setores de saúde, de recursos hídricos e de planejamento; apoio à gestão do Mutuário, acompanhamento e avaliação da capacidade dos setores de recursos hídricos, de saúde e de planejamento através da realização das seguintes atividades: (a) fortalecimento da capacidade institucional da SEPLAN, através das seguintes ações, dentre outras: (i) elaboração, execução e avaliação das políticas públicas e redução dos gargalos burocráticos no processo de fluxo de fundos do Mutuário, e respectivas aprovações, e (ii) gestão e acompanhamento das intervenções multissetoriais. (WORD BANK, 2010).

A SESAB, referente às atividades do setor de saúde, executa as Partes 1.A (i), 1.B e 2.B: Parte 1: contribuir para a redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) (Neonatal e Pós- Neonatal) no território do Mutuário. (a) Contribuir para a redução da mortalidade e morbidade pós-neonatal por doenças infecciosas intestinais (DII), através de apoio para a ampliação do acesso à água potável, saneamento e cuidados básicos dos municípios do Mutuário mais afetados pelas doenças infecciosas

intestinais, através de: (i) intervenções selecionadas no setor da saúde objetivando a redução da incidência e predomínio de DII, bem como a diminuição de internações desnecessárias em 25 hospitais do Mutuário com as maiores taxas de DII anuais, identificadas através de campanhas de vacinação, da criação de Equipes da Saúde da Família e da elaboração de relatórios de auditorias clínicas; 1.B: contribuir para a redução da mortalidade neonatal em 25 hospitais selecionados, através de apoio aos municípios selecionados para a ampliação e melhoria da qualidade e efetividade primária, secundária e terciária dos serviços de saúde maternal e neonatal (rede de saúde), com a introdução do Programa Nascer (PRONASCER) em 25 Hospitais Selecionados, na forma de Prêmio de Seguro/*Per Capita* para cada Beneficiário Elegível Inscrito; 2.B: fortalecimento da capacidade institucional da SESAB, através das seguintes ações, dentre outras; (i) ajuste dos seus objetivos estratégicos de modo a refletir as funções essenciais da saúde pública, utilizando-se um processo de reengenharia para a identificação de lacunas de competências e processos necessários para a execução da nova agenda de saúde materna e infantil; (ii) cumprimento de metas entre os níveis organizacionais inferiores e hospitais públicos (principalmente nos 25 Hospitais Selecionados), através da definição e consecução dos seus objetivos dentro de um quadro de gestão baseado em resultados/produtos (outputs) (WORD BANK., 2010).

A CERB e o INEMA ficaram responsáveis por executar as Partes 1.A (ii) e 2.C: 1.A (ii): intervenções selecionadas do setor de recursos hídricos, com o objetivo de apoiar as metas de longo prazo do Mutuário, para o fornecimento de serviços de água e saneamento sustentáveis, através, dentre outras, da gestão adequada dos recursos hídricos e da construção de sistemas simplificados de abastecimento de água na zona rural e módulos sanitários; 2.C: fortalecimento da capacidade institucional do INEMA e da CERB, através das seguintes ações, dentre outras. (i) elaboração de planos estratégicos para ambos os órgãos, bem como uma estratégia de comunicação para o INEMA (ii) e a capacitação das equipes de abastecimento de água da zona rural da CERB; (iii) elaboração de um plano para operações à distância que contemple maior eficiência e a busca de alternativas para a transferência de conhecimento, a redução de custos e a criação de incentivos do pessoal para a melhoria do desempenho (WORD BANK, 2010).

Sob a responsabilidade do TCE ficou a Parte 2.D: apoio ao TCE, visando, dentre outras ações, a atualização do sistema administrativo e de tramitação, de modo a promover a análise e o acompanhamento, em tempo hábil, das operações de investimento do Mutuário a exemplo daquelas previstas no Programa (WORD BANK, 2010).

Em relação à execução do Programa, ficou ainda definida a criação da Unidade de Coordenação de Projetos (UCP), criada pela PRT. nº 121, de 11/08/20210, Anexo 6), dentro da estrutura da SEPLAN, com o objetivo de coordenar o Programa, sendo responsável por interagir e se articular com o Banco Mundial, nas ações a ele relacionadas; acompanhar e monitorar a execução do Programa; autorizar os créditos oriundos dos componentes I e II para os órgãos envolvidos (SESAB, INGÁ, CERB e TCE); e executar o componente de Fortalecimento Institucional da SEPLAN (WORD BANK, 2010).

Ficou decidido que o Estado da Bahia, no prazo máximo de três meses após o início da vigência do Contrato, deveria elaborar um plano de trabalho específico com a Auditoria do SUS, para fins de certificação dos Produtos do Setor da Saúde e Prêmios *Per-capitas*, ou seja, a Auditoria do SUS seria responsável por emitir um relatório sobre o número de Produtos do Setor de Saúde e sobre o Prêmio *Per-Capita* entregues durante o semestre calendário pertinente (WORD BANK, 2010).

Ainda no que diz respeito à execução do Programa, o Mutuário, por meio da SEPLAN, deveria celebrar acordos em separado (Acordos-Quadro) com as instituições participantes do Programa (SESAB, INGÁ, CERB e TCE). Foram elaborados Termos de Cooperação Técnicas com os referidos órgãos, assinados em 20 de agosto de 2010 (WORD BANK, 2010).

Quanto ao Termo de Cooperação (Acordo-Quadro) firmado com a SESAB, ficou definido que as seguintes competências seriam comuns a todos os órgãos (SESAB, INGÁ, CERB e TCE): zelar pela boa execução do Programa e pelo cumprimento do disposto no Contrato de Empréstimo; observar as regras de licitação e seleção acordadas no Contrato de Empréstimo, submetendo documentos de licitação e seleção à aprovação prévia do BIRD, quando necessário; zelar pelo cumprimento das medidas de Salvaguardas acordadas com o BIRD; fornecer informações e relatórios à Coordenação Geral; informar à Coordenação Geral sobre quaisquer alterações que venham a ser necessária no Plano de Aquisições do

Fortalecimento Institucional; fornecer subsídios à Coordenação Geral para a preparação de Planos de Aquisições do Fortalecimento Institucional; fornecer informações e elaborar relatórios conforme venha a ser solicitado pela Coordenação Geral; apurar anualmente, o cumprimento dos indicadores de desembolso, fornecendo nota técnica e documentação comprobatória, conforme venha a ser requisitado pela Coordenação Geral; participar, conforme solicitado pela Coordenação Geral, de eventos de supervisão e revisão, tais como reuniões, seminários, workshops ou quaisquer outros eventos de supervisão, fornecendo os subsídios necessários às atividades, conforme demandado pela SEPLAN, pelo BIRD Mundial ou por auditores; controlar e arquivar documentações vinculadas ao Programa, dispondo de todos os registros e documentos sobre aquisições referentes a cada ano fiscal do Programa, que deverão ser auditados, conforme disposto no Contrato de Empréstimo, sendo informado previamente pela SEPLAN quando da realização das auditorias (WORD BANK, 2010).

Quanto à SESAB, o referido Termo de Cooperação definiu as seguintes competências: implementar os Programas Prioritários da SESAB e outros programas complementares, de forma oportuna e eficaz para assegurar o cumprimento dos respectivos requisitos de desembolso e cumprimento dos indicadores relacionados; desenvolver Termos de Referência para estudos específicos de saúde, gestão da sua contratação e supervisão da implementação do estudo, bem como acompanhamento das atividades para garantir a implementação adequada das recomendações; manter o diálogo político e técnico com agências estaduais, municipais e órgãos de decisão no setor da saúde necessários para o sucesso da implementação do Programa; acompanhar e avaliar as atividades do Programa, na área de saúde, para garantir a implementação adequada e a obtenção de resultados; preparar relatórios financeiros e de execução, em conformidade com os requisitos de supervisão fiduciária do BIRD, incluindo as relacionadas com a estimativa de despesas elegíveis; garantir que as contratações serão realizadas conforme as regras do BIRD, incluindo a preparação de planos de aquisições, quando necessário; celebrar acordos com os 25 hospitais/maternidades selecionados, com vigência para os quatro anos de implementação do Programa. Os acordos devem incluir todas as regras a serem atendidas pelos prestadores dos serviços para o atendimento dos recém-nascidos e na qualidade dos serviços para as mulheres grávidas do grupo de risco; desenhar e

formalizar instrumento jurídico com os 25 hospitais selecionados para o Programa, com pactuação de metas físicas e de qualidade de atenção neonatal; estabelecer na Programação Anual de Auditoria as auditorias técnicas concernentes ao Programa; desenhar a proposta de regulação regional para a atenção materno-infantil; elaborar plano de implementação dos recursos do Programa por área técnica.

Ainda no Contrato de Empréstimo, discutido na Reunião de Negociação, ficaram ajustados quais seriam os Produtos ou Resultados esperados para o Setor de Água (seis Produtos/Resultados), bem como para o Setor Saúde (quatro Produtos/Resultados). Para o Setor Água foram os seguintes: plantas para a construção de sistemas simplificados de abastecimento de água preparadas; sistemas simplificados de abastecimento de água construídos e em operação em pelo menos dez Municípios Selecionados; fiscalização da construção dos sistemas simplificados de abastecimento de água construídos; Módulos Sanitários Rurais Pilotos em operação; planos de Bacias, elaborados e aprovados pelos Comitês de Bacia, inclusive estudos para classificação de corpos d'água de acordo com a localização e uso predominante; e agentes comunitários voluntários para mobilização social, treinados e contratados pelo INEMA. Para o Setor Saúde foram: doses da vacina oral de rotavírus humano, ministradas em crianças com menos de um ano de idade (primeira dose); doses da vacina oral de rotavírus humano, ministradas em crianças com menos de um ano de idade (segunda dose); novas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado, nomeadas e em operação; e relatório consolidado satisfatório das auditorias clínicas, realizadas nos 25 Hospitais Selecionados com o maior número de casos de DII elaborado (WORD BANK, 2010).

Quanto aos Prêmios *Per Capitas*, estes seriam calculados através do valor global médio de serviços de saúde obstétricos e neonatais prestados a cada beneficiário elegível e registrado, sendo as regras pormenorizadas no Manual de Operações do Programa (WORD BANK, 2010).

O Documento de Avaliação de Projeto (PAD) foi publicado pelo Banco Mundial, relatório nº 51581-BR, em 26 de setembro de 2010. Apresenta um resumo do contexto da época no qual estavam inseridos o Brasil e o estado da Bahia e os fundamentos que justificaram o envolvimento do Banco Mundial, bem como os objetivos de alto nível para os quais o projeto contribuiu, a descrição do Projeto, as fases de implantação e os critérios de avaliação (BANCO MUNDIAL, 2010).

Segundo o PAD, além da extensão territorial, no qual a Bahia é o quinto maior estado, cerca de dois terços desse território estava localizado na região do semiárido nordestino, região menos próspera, e cujo crescimento é desigual em relação a outras áreas mais desenvolvidas, a exemplo da região metropolitana, que concentra 53% das riquezas do estado. Ademais, em termos populacionais, o estado se encontrava em quarta posição, com aproximadamente 14 milhões de habitantes, destacando-se nesse cenário a concentração territorial de produção e riqueza e a consequente assimetria em relação ao desenvolvimento econômico e social (BANCO MUNDIAL, 2010).

No setor saúde, mesmo com a ampliação da atenção básica e de outros programas estratégicos, o estado ainda enfrentava desafios importantes, como altas taxas de mortalidade infantil, em especial a mortalidade neonatal; e elevada proporção de mortes maternas, principalmente em mulheres grávidas, jovens, entre 10 e 19 anos (BANCO MUNDIAL, 2010).

O PAD também faz um resgate do Projeto Reforma do Setor de Saúde da Bahia APL I, também financiado pelo BIRD (Empréstimo Adaptável Para Programa – Empréstimo 7182-BR), o qual tinha como objetivo uma reforma do setor saúde no estado. Ressalta-se que dois dos nove indicadores usados no Projeto APL I não foram alcançados: crianças com baixo peso ao nascer e óbitos em crianças menores de cinco anos, por doenças infecciosas intestinais. Enquanto o primeiro indicador apresenta forte relação com a qualidade da atenção materno-neonatal, o segundo se correlaciona com a qualidade da água e dos serviços adequados de saneamento, demonstrando que é possível haver uma sinergia entre as duas áreas, tendo como objetivo reduzir as taxas de mortalidade infantil, que ainda se encontravam elevadas no estado (BANCO MUNDIAL, 2010).

Quanto à descrição do projeto, o desenho básico do SWAP-Bahia derivou-se da experiência e das lições aprendidas de operações bem-sucedidas de SWAPs anteriores, em apoio a programas estaduais. Contudo, mesmo derivando de experiências anteriores, o projeto apresentado introduziu mecanismos financeiros inovadores, como os “*Outputs*” (Produtos), “que são intervenções baseadas em evidências, nos setores de água e de saúde, para as quais o projeto desembolsa recursos”, e “*Per-Capita Premia*” (Prêmios Per Capita), que

corresponde ao valor médio agregado de serviços obstétricos e de saúde neonatal prestados a cada Beneficiário Elegível Inscrito, de acordo com o programa PRONASCER, para aumentar o desempenho do projeto e expandir a estrutura baseada em resultados, ajustada às necessidades do projeto (BANCO MUNDIAL, 2010).

Os objetivos do Programa SWAP-Bahia foram: aumentar o acesso à água limpa, saneamento e atenção básica de saúde, em pelo menos 10 municípios selecionados mais afetados por enfermidades intestinais infecciosas (EII), e melhorar a atenção de saúde neonatal em 25 hospitais selecionados, usando um indicador Barema de qualidade e eficiência. Estes objetivos foram avaliados pelos seguintes indicadores de resultado: número de pessoas atendidas por sistemas simplificados de abastecimento de água e saneamento básico em pelo menos 10 municípios selecionados priorizados pelo projeto; pesquisas percentuais anuais de hospitalizações causadas por enfermidades intestinais infecciosas, entre crianças menores de cinco anos de idade, em 25 hospitais; percentagem dos indicadores Barema gerais que melhoraram em todos os 25 hospitais de referência; número de hospitais, entre os 25, que tenham alcançado pelo menos 80% dos indicadores Barema (BANCO MUNDIAL, 2010).

Ainda em relação ao referido documento, o Projeto SWAP teve como proposta dois Componentes, na oportunidade em que se realizaram as missões do Banco (2008) no estado e na reunião de negociação do empréstimo (2010): o componente 1, para contribuir na redução da mortalidade infantil; e o componente 2, para a modernização institucional dos setores de saúde, água e planejamento (BANCO MUNDIAL, 2010). Importante ressaltar que o projeto tinha uma proposta arrojada, haja vista que parte das intervenções envolvia um enfoque intersetorial conjunto, de forma a gerar sinergias e impacto positivo nas áreas envolvidas.

Para o componente 1, o projeto visava a redução da mortalidade e da morbidade pós-neonatal em razão das diarreias, expandindo o acesso à água limpa, saneamento e atenção básica de saúde nos municípios mais afetados; além de desenvolver intervenções relacionadas à redução da mortalidade neonatal, apoiando os municípios na expansão e no aprimoramento da qualidade e da eficiência da cadeia de atenção de saúde e focalizando serviços para a promoção da saúde materna e de recém-nascidos, introduzindo um programa estadual para a qualidade da atenção à saúde neonatal (PRONASCER), em 25 hospitais estaduais de referência selecionados. Já o componente 2 previa dar suporte ao fortalecimento da capacidade

institucional da gestão, monitoramento e avaliação do estado, nos setores de água, saúde e planejamento (BANCO MUNDIAL, 2010).

Quanto aos mecanismos e às condições de desembolso do Programa, foram estabelecidos quatro mecanismos de desembolso: desembolsos baseados em resultados alcançados (*outputs*); desembolsos por *capita*/prêmio de seguro (*Insurance Premium*); desembolsos por indicadores; e reembolso de despesas realizadas (tradicional).

Os desembolsos para o componente 1 ocorreram de duas formas: desembolsos baseados em resultados (*Outputs*) para o subcomponente 1.A; e desembolsos por *capita* (Prêmio de Seguro), combinado com indicadores, para o subcomponente 1.B. Por fim, os desembolsos para o componente 2 foi por despesas realizadas (desembolso tradicional).

Um resultado (*output*) é uma meta específica intermediária na busca de objetivos gerais. Nesse sentido, para o Programa SWAP-Bahia, foram definidos dez resultados intermediários que acionam desembolso, estes foram definidos como intervenções necessárias para alcançar as metas esperadas na redução da morbidade e mortalidade causadas por doença infecciosa intestinal. Para tanto, foram identificados seis resultados para o setor de água, com objetivo de adequar a gestão de recursos hídricos e construir sistemas simplificados de abastecimento de água rural e módulos sanitários; e quatro resultados para o setor de saúde, com objetivo de redução da incidência e prevalência da doença infecciosa intestinal, bem como limitar a hospitalização desnecessária no Estado; doses aplicadas de vacina oral contra o rotavírus humano (1° dose); doses aplicadas de vacina oral contra o rotavírus humano (2° dose); número de equipes de saúde da família implantadas no Estado (custo anual); e relatórios das auditorias realizadas nos 25 hospitais com o maior número de pacientes hospitalizados por doença infecciosa intestinal (BANCO MUNDIAL, 2010).

A forma tradicional de desembolso é caracterizada pelo reembolso de despesas de investimento mediante apresentação e aprovação das solicitações de desembolsos por *Statement of Expenses* (SOE) (modelo simplificado de prestação de contas, onde a documentação referente à aquisição – notas fiscais, recibos, comprovantes de licitação – permanece arquivada sob responsabilidade da Entidade Executora) ou por relatórios financeiros intermediários (IFR), acompanhados dos registros que

comprovem as despesas elegíveis, tais como cópias de recibos e notas fiscais de fornecedores (BANCO MUNDIAL, 2010).

4.1.1 Redução da mortalidade infantil e neonatal

No setor saúde, as populações rurais pobres apresentam os piores indicadores de saúde, a desnutrição infantil é cerca de 50% maior nas regiões rurais mais remotas, comparativamente à situação da capital, Salvador. A oferta de serviços de saneamento básico é precária em muitas regiões do estado e na periferia da Região Metropolitana de Salvador (RMS), agravando a saúde da população. A taxa de mortalidade infantil, que em 2000 era de 26,6 a cada mil nascidos vivos, foi reduzida, em 2005, para 21,7, mas continuou muito acima da média nacional, aferida nesse mesmo ano, de 17 a cada mil nascidos vivos. As médias anuais de consultas médicas por habitantes, em especialidades básicas, foram de 1,20 e 1,18, em 2004 e 2005, abaixo das médias nacionais, 1,52 e 1,48, respectivamente (BAHIA, 2008a).

Entre 1996 e 2007, em média, 25% dos nascimentos ocorridos no Estado foram de mães que tinham entre 10 e 19 anos de idade. Em relação às condições de nascimento, registraram-se, em média, no mesmo período, 8% de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, resultado, em sua grande maioria, da baixa qualidade do pré-natal, seja decorrente da captação tardia das gestantes, seja da baixa qualificação das ações desenvolvidas na rede de assistência. Dados parciais de 2005 e 2006 demonstraram que os índices de mortalidade materna e infantil, observados na Bahia, estavam acima da média nacional e dos demais estados da região nordeste. Em 2006, a ocorrência de sub-registro de óbitos maternos na Bahia chamou a atenção, bem como o fato de em 2005, um quarto dos óbitos de residentes do Estado teve causas mal definidas, superior às médias nacional (10%) e da região Nordeste (17%) (BAHIA, 2008a).

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 18 de Março do ano de 2004, com destaque para as seguintes estratégias: assegurar o direito ao acompanhante participante no pré-parto, parto e pós-parto imediato e o alojamento conjunto; garantir o acolhimento nos serviços de saúde; garantir a qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; assegurar que a trabalhadora gestante não se exponha a fatores de risco, químico, físico, biológico ou ergonômico;

garantir o direito da trabalhadora de amamentar seus filhos; ampliação da Estratégia Saúde da Família; vigilância do óbito materno e infantil; qualificação e humanização da atenção ao parto e nascimento; reavaliar rede de hospitais de referência para gravidez de risco; entre outras (BRASIL, 2004).

Com a incorporação das ações de redução da mortalidade materna e infantil no Programa Saúde Bahia, foram definidos os seguintes objetivos específicos: a) ampliar o acesso da população materna e infantil a cuidados de saúde de qualidade; b) fortalecer o processo de implementação das macrorregiões e microrregiões de saúde; c) fortalecer as funções de planejamento, regulação, gestão e assistência técnica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB); e d) apoiar a implementação da vigilância do óbito materno e infantil (BAHIA, 2008a).

Dentre as ações planejadas para execução no âmbito do Programa Saúde Bahia, destacam-se as seguintes: a) ampliação do número de municípios com a vigilância do óbito materno implantada; b) ampliação do número de municípios com a vigilância do óbito infantil implantada; c) implantação de serviços de referência obstétrica para gestação de alto risco nas sedes das nove macrorregiões de saúde; d) implantação de serviços de referência para assistência neonatal nas sedes das nove macrorregiões de saúde; e) implantação de protocolos de atenção ao parto e ao recém-nascido; f) implantação de processos de acreditação de maternidades; g) implantação de processos de acreditação de serviços de neonatologia; h) qualificação das equipes no atendimento às urgências e emergências pediátricas; i) qualificação das equipes no atendimento às urgências e emergências obstétricas; j) qualificação do pré-natal; k) ampliação da cobertura do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) na Bahia; l) ampliação da cobertura do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) na Bahia; m) implantação de bancos de leite; e n) qualificação das equipes responsáveis pela vigilância dos óbitos maternos e infantis (BAHIA, 2008a).

As doenças infecciosas e a emergência epidêmica das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) declinaram graças ao crescimento da economia, às conquistas políticas e sociais do século XX, às mudanças demográficas (principalmente à migração rural/urbana e à rápida redução das taxas de fecundidade), aos modernos e eficientes meios de comunicação, aos novos valores e estilos de vida e ao progresso científico e tecnológico, incluindo os instrumentos de

prevenção e cura das doenças infecciosas e o controle parcial das doenças crônicas (VASCONCELOS, *et al.*, 2018).

A história nosográfica do Brasil demonstra que as doenças infecciosas ainda são um problema de saúde pública, muito embora a proporção do total de mortes tenha caído de 50% para 5%, ao longo dos últimos 80 anos (BARRETO, *et al.*, 2011).

Seguindo essa tendência de redução, a mortalidade causada por diarreia experimentou uma redução significativa no decorrer da década de 1980. Em crianças com menos de 1 ano, a mortalidade associada à diarreia caiu de 11,7 mortes a cada 1.000 nascidos vivos, em 1980, e 1,5 morte a cada 1.000 nascidos com vida, em 2005. Houve uma redução de cerca de 95%, que se deve, essencialmente, ao uso generalizado da terapia de reidratação oral; ao aumento da oferta de água tratada e encanada; ao esgoto sanitário; bem como à ampliação do acesso aos serviços de saúde; e, especialmente, ao cuidado primário (BARRETO, *et al.*, 2011).

A diarreia é uma das principais causas de morbimortalidade em países em desenvolvimento, principalmente entre crianças menores de cinco anos que vivem em locais onde as condições sanitárias são desfavoráveis, sendo considerada um problema de saúde pública, já que tem uma ocorrência universal e atinge pessoas de todas as idades e classes sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Interessante registrar que informações atualizadas sobre as causas das mortes infantis são cruciais para orientar os esforços globais no sentido de melhorar a sobrevivência infantil. Em um estudo realizado por Black *et al.* (2010), verificou-se 795 milhões de mortes estimadas em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, no ano de 2008, sendo que as doenças infecciosas causaram 68% (5,970 milhões), com os maiores percentuais devido à pneumonia (18%, 1,575 milhões), à diarreia (15%, 1,336 milhões) e à malária (8%, 0,732 milhões).

Segundo um artigo intitulado *Diarreia: doença comum, assassino global*, as doenças diarreicas matam 2.195 crianças todos os dias – mais do que AIDS, malária e sarampo juntos (LIU *et al.*, 2012). São responsáveis por 1 em cada 9 mortes infantis em todo o mundo, sendo a segunda principal causa de morte entre crianças com menos de 5 anos. Para crianças com HIV, a diarreia é ainda mais mortal; a taxa de mortalidade dessas crianças é 11 vezes maior do que a taxa de crianças sem HIV (HUTTON *et al.*, 2007). Apesar dessas estatísticas preocupantes, avanços feitos nos

últimos 20 anos mostraram que, além da vacinação contra rotavírus e amamentação, a prevenção da diarreia – com foco em água potável e melhoria da higiene e saneamento – não só é possível, mas econômica: cada US\$ 1 investido rende uma média retorno de US\$ 25,50 (TINDYEBWA *et al.*, 2004).

Existem algumas ações já comprovadas pela ciência e que podem salvar vidas prevenindo as diarreias, a saber: vacinar para rotavírus; providenciar água segura, saneamento adequado e eliminação de resíduos humanos; promover a lavagem das mãos com sabão; estimular a amamentação para reduzir a exposição à água contaminada; tratar adequadamente com terapia de reidratação oral e antibióticos; treinar profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde no tratamento da diarreia; educar mães e responsáveis sobre como cuidar de crianças doentes e quando procurar assistência médica; construir capacidade de diagnóstico laboratorial e identificar as causas da diarreia (CDC, 2015).

O saneamento inclui um conjunto de atividades que estão relacionadas ao tratamento de água e esgoto, coleta de lixo e práticas de higiene. Estima-se que apenas 25% da população rural no Brasil, no ano de 2009, teve acesso à rede de coleta ou ao tratamento de esgoto. As diferenças nas condições da coleta de esgoto na área rural são ressaltadas quando se verifica que as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram, respectivamente, 24, 16 e 9% do esgoto coletado em 2009, enquanto nas regiões sul e sudeste 48 e 34% da população rural, respectivamente. Os percentuais observados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são comparáveis aos de países da África subsaariana, em que o percentual de esgoto tratado na zona rural em Gana, por exemplo, foi de 38% (COSTA; GUILHOTO, 2014).

A falta de saneamento traz consequências negativas para a população, principalmente no que se refere às condições sanitárias, sendo responsável pelo acometimento de diversas doenças, principalmente as doenças diarreicas. Além disso, cerca de 90% das mortes por diarreia são atribuídas às más condições sanitárias, como água, esgoto e higiene (COSTA; GUILHOTO, 2014).

Estudos demonstram que investir em saneamento poderia reduzir cerca de 250 mortes e 5,5 milhões de infecções causadas por doenças diarreicas; poderia ainda reduzir a poluição dos cursos d'água em cerca de 129 mil toneladas de resíduos; cada R\$ 1,00 investido na implementação da alternativa tecnológica avaliada poderia

causar um retorno para a sociedade de R\$ 1,6 em renda interna bruta. Além disso, ocorreria um aumento de 39 mil empregos (COSTA; GUILHOTO, 2014).

Medidas como a melhoria do saneamento básico, água tratada, coleta do lixo, canalização de esgotos domésticos, combate aos vetores, drenagem pluvial e a promoção da higiene pessoal e doméstica são estratégias importantes e que apresentam resultados concretos para a redução das taxas de hospitalização por diarreia aguda, mas não são suficientes, sendo necessária também a prevenção através da imunização.

Em relação à imunização, um estudo realizado com o objetivo de avaliar o impacto da vacina oral de rotavírus humano, nas taxas de hospitalizações em crianças, observou que, no período pré-vacinal (2000-2005), a mediana da taxa de hospitalização foi de 124,2/10.000 crianças. Após a introdução da vacina, as taxas de hospitalização foram menores quando comparadas à mediana dos anos pré-vacinal. As taxas de variação do ano de 2009, comparadas à mediana dos anos pré-vacinal, foram todas negativas, indicando a redução das internações que variaram de (-9,4%) a (-32,1%); as crianças com idade menor de um ano apresentaram maior taxa de variação (-32,1%), seguida daquelas com idade de um ano (-30,7%) e, posteriormente, as de dois anos com (-25,8%), observando-se redução inversamente proporcional à idade (MASUKAWA *et al.*, 2015).

Em relação à ampliação do número de equipes de saúde da família, como estratégia de fortalecimento da atenção básica, um estudo realizado pelo Núcleo Ciência pela Infância – composto pela Fundação Bernard Van Leer, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Insper, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Harvard – demonstrou que a presença de uma Equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) nos municípios é capaz de produzir uma queda gradual na taxa de mortalidade infantil. Os resultados já podem ser observados a partir do segundo ano de atuação dos profissionais, variando de 3% a 9%. No terceiro ano de atendimento, a diminuição fica entre 6,7% e 14%, sendo ampliada para uma média que varia entre 20% e 34% no oitavo ano (NCPI, 2019).

Existem inúmeros mecanismos pelos quais a ESF afeta a mortalidade infantil. Em primeiro lugar, ela parece alterar o comportamento de famílias dos municípios cobertos, já que aumenta a probabilidade de as mães irem a sete ou mais consultas pré-natais (especialmente entre as com menos escolaridade), e o número de

nascimentos em hospitais. Ademais, esses comportamentos levam a maior prevenção e detecção mais rápida de problemas na gravidez que poderiam acarretar complicações à saúde da criança. Por fim, um possível efeito dessas mudanças é a verificação da diminuição de mortes por doenças do período perinatal (que vai de 22 semanas de gestação a dez dias depois do parto), que explica em grande parte a redução da taxa de mortalidade infantil (NCPI, 2019).

Após a revisão da literatura da área, ficou evidente que promover uma cooperação entre o Setor Saúde e o Setor água é uma estratégia eficiente para a redução da mortalidade e da morbidade infantis, o que corrobora com os objetivos do SWAP-Bahia. A comunidade acadêmica reconhece que o fornecimento de água e saneamento adequados e de serviços de higiene, o acesso aos serviços de atenção primária em saúde, além da vacinação contra o rotavírus são extremamente importantes para a prevenção das enfermidades intestinais infecciosas e para a redução da mortalidade infantil. Ressalta-se, ainda, que para a redução da mortalidade neonatal são cruciais serviços de saúde de qualidade e por qualidade entenda-se: melhores equipamentos, encaminhamentos oportunos de serviços de saúde de atenção primária para serviços de maior complexidade (regulação em saúde), melhor atenção de saúde na área de obstetrícia e capacitação.

4.1.2 Melhoria da Qualidade da Atenção à Saúde prestada à Gestante e ao Recém-Nascido

Quanto à abrangência, o SWAP-Bahia pode beneficiar todos os 417 municípios baianos, ainda que a prioridade seja o atendimento das necessidades dos municípios mais pobres do estado e dos grupos populacionais mais carentes. Quanto ao componente da área de saúde, o universo de potenciais beneficiários inclui a população feminina em idade fértil, que, em 2007, representou 4,6 milhões de habitantes (32,6% do total), assim como a população de menores de um ano de idade, que foi de 283.209 crianças no mesmo ano (2% dos habitantes do Estado) (BAHIA, 2008a).

O SWAP-Bahia contribui para aperfeiçoamento do SUS, por meio da ampliação do acesso a serviços de atenção materno-infantil qualificados e do aumento da efetividade das ações dirigidas a esse grupo populacional, além da redução da mortalidade materna e infantil (BAHIA, 2008a).

Para o Programa Saúde Bahia, foram selecionados os seguintes indicadores: percentual das macrorregiões de saúde com adequação física e equipamento de unidades de referência obstétrica e neonatal de alto risco; percentual das maternidades selecionadas, estruturadas fisicamente para garantir o direito ao acolhimento e ao alojamento conjunto; percentual de maternidades selecionadas com banco de leite humano implantado; percentual de cobertura da Estratégia de Saúde da Família; percentual das maternidades selecionadas, garantindo acolhimento às gestantes conforme protocolo; percentual das maternidades selecionadas, aplicando técnica de aspiração manual intra-uterina (AMIU); percentual de óbitos maternos investigados e discutidos; percentual de óbitos infantis investigados e discutidos; percentual das macrorregiões com atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método canguru) nas maternidades de referência; e percentual das gestantes cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, captadas para realização do pré-natal no primeiro trimestre (BAHIA, 2008a).

Já os Prêmios de Seguro, ou *Capita*, foram desembolsados pelo Banco em função do número anual de gestantes adolescentes inscritas no SISPRENATAL e seu valor foi definido a partir dos custos do atendimento adequado a cada gestante. No primeiro ano, o desembolso do subcomponente 1.B foi apenas por *capita*, baseado no número de mulheres grávidas cadastradas menores de 19 anos no SISPRENATAL. A partir do segundo ano, o desembolso se deu por uma combinação com indicadores, com o objetivo de incentivar a melhoria da qualidade nos serviços de neonatologia. Para tanto, foram utilizadas as seguintes variáveis: (1) índice de produtividade dos serviços de obstetrícia; (2) contratação dos 25 hospitais selecionados para o Programa; (3) certificação dos serviços de neonatologia e obstetrícia nos 25 hospitais selecionados; (4) certificação das Unidades de Saúde da Família; (5) Barema de qualificação dos serviços de neonatologia (BANCO MUNDIAL, 2010).

O barema é um indicador composto de resultado e inclui 10 indicadores intermediários de efetividade de desempenho: Programa de Mães Canguru, implementado nos 25 hospitais-maternidade selecionados; número de partos nos 25 hospitais-maternidade selecionados; percentagem de mortes neonatais investigadas, discutidas e analisadas pela Comissão de Mortalidade Neonatal; número de hospitais selecionados para o SWAP da Bahia com Serviço de Neonatologia (UTI); número de hospitais selecionados para o SWAP da Bahia com Banco de Leite; índice de leitos

obstétricos em UTI nos 25 Hospitais-Maternidade selecionados; proporção entre leitos em UTI e leitos obstétricos em UTI nos 25 Hospitais-Maternidade selecionados; leitos conjuntos mãe e filho; percentagem de leitos de UTI encaminhados pelo Sistema Central de Encaminhamento; contratos de administração firmados entre os 25 Hospitais-Maternidade selecionados (BANCO MUNDIAL, 2010).

Para a redução da mortalidade infantil e neonatal, o Projeto também previu que o empréstimo deveria custear a expansão e o aprimoramento da qualidade e da eficiência da cadeia de atenção à saúde, focalizando serviços para a promoção da saúde materna e do recém-nascidos; para tanto, seria introduzido um programa estadual para a qualidade da saúde neonatal em 25 hospitais estaduais de referência, previamente selecionados, e para este componente os pagamentos seriam por prêmios *per capita*, para cada pessoa elegível inscrita no SISPRENATAL (BAHIA, 2010).

Estudos demonstram que no Brasil são realizados investimentos constantes na qualificação da atenção à saúde materno-infantil como a instituição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a implantação da Rede Cegonha e a recente Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que além de orientarem este grupo populacional, organizam os serviços de saúde em nível nacional (BRASIL, 2002, 2011d, 2015, 2018b).

Conforme já evidenciado pela literatura, existe uma associação entre a implantação da Equipe de Saúde da Família e a melhoria da qualidade do pré-natal. Quando comparada aos serviços do tipo Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, a ESF destaca-se por apresentar uma organização que favorece a identificação das necessidades de saúde da população e uma maior integração com as famílias e comunidade, ampliando o vínculo com a população. Temos como exemplo dessa organização práticas como: delimitação de área de abrangência; restrição do tamanho da população coberta; abordagem por equipe multiprofissional; visitas domiciliares; e atuação dos ACS (SANINE *et al.*, 2019).

Mesmo com os avanços já conquistados em relação à atenção ao parto e ao nascimento, a morbimortalidade materna e perinatal permanece elevada no país, apesar de preveníveis na maioria das vezes, o que contribui para que a saúde materno-infantil continue sendo prioridade para o sistema de saúde brasileiro, que

busca promover a maternidade segura e livre de complicações decorrentes do ciclo gravídico-puerperal (MATTEI; CARRENO, 2017).

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e o nascimento humanizados e pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição. A realização do pré-natal representa papel fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (BRASIL, 2000b).

Nesse sentido, a redução da morbimortalidade materno-infantil possui uma estrita relação com a assistência pré-natal, considerado um componente essencial da atenção à saúde das mulheres. Esta redução possui estreita relação com os cuidados que a gestante recebe durante a gestação e no momento do parto, contudo, apesar da cobertura da assistência pré-natal brasileira ter se tornado praticamente universal, sua adequação ainda é baixa no país (MATTEI; CARRENO, 2017).

Interessante registrar que a experiência mundial de redução da mortalidade infantil tem demonstrado uma significativa redução do componente pós-neonatal, mais sensível aos efeitos das políticas públicas voltadas para saúde, educação e saneamento básico. Entretanto, o componente neonatal concentra cada vez mais os óbitos no primeiro ano de vida. Esse indicador está intimamente relacionado às condições de atenção à saúde, ao binômio mãe-filho e ao acesso oportuno a serviços qualificados de atenção ao parto e ao nascimento (BRASIL, *et al.*, 2018). Ou seja, os estudos demonstram que uma parcela significativa desses óbitos poderia ser prevenida com uma oferta organizada de serviços de saúde e com uma maior qualificação das equipes técnicas, tanto na atenção básica, como na atenção ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, ambas combinadas com a implantação efetiva de ações de vigilância epidemiológica para aprimorar o conhecimento e a intervenção sobre esse problema.

Um outro ponto abordado no SWAP-Bahia foi a inscrição de gestantes no SISPRENATAL. O Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) é um software desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – SUS (DATASUS), com o objetivo de garantir qualidade e atenção específica à gestante, ao parto, ao puerpério e ao período neonatal, resgatando a atenção qualificada e humanizada com o

envolvimento e participação dos estados, municípios e das unidades de saúde. Este sistema possibilita cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério, bem como identificar fatores que caracterizam a gravidez de risco (BRASIL, 2014c).

O SISPRENATAL possibilita ainda o monitoramento da implementação dos critérios mínimos estabelecidos pelo Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), constituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, tendo como principais objetivos reduzir a morbimortalidade materna e perinatal aumentar e melhorar o acesso ao pré-natal e implementar ações para gestantes de alto risco.

Ainda em relação ao monitoramento, este acontece desde a atenção básica até os maiores níveis de complexidade e para tanto, fundamenta-se em requisitos mínimos: início precoce do acompanhamento pré-natal, com a primeira consulta até 4º mês da gestação; o mínimo de sete consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; imunização contra o tétano, com exames laboratoriais trimestrais, Hemograma, grupo sanguíneo, fator Rh, coombs indireto, teste rápido para sífilis (VDRL), glicemia de jejum, urina-rotina, urocultura com antibiograma, teste rápido para HIV, toxoplasmose, hepatite B, incluindo atividades educativas, classificação de risco gestacional, referência à gestação de alto risco, consulta puerperal até 42 dias (LOPES, *et al.*, 2017).

4.2 MEMÓRIA HISTÓRICA DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SWAP-BAHIA NO ESTADO DA BAHIA: FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE INSTITUCIONAL DA AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Os Programas com Enfoque Setorial Amplo (*Sector-Wide Approaches* ou SWAPs) eram operações de financiamento do Banco Mundial, que geralmente apoia programas prioritários do Mutuário, no caso aqui representado pelo Governo do Estado da Bahia, em vez de projetos ou ações isoladas. São operações que se caracterizam pelo amparo a abordagens comuns no planejamento, implementação, monitoramento e avaliação, baseando-se nos sistemas e procedimentos do Mutuário (BAHIA, 2008a).

O documento intitulado *Carta Consulta à Comissão de Financiamento Externo da Secretaria de Assuntos Internacionais* – com data de fevereiro de 2008, para ser encaminhado ao Grupo Técnico da COFIEX (GTEC) – foi elaborado como uma das providências iniciais para obter o financiamento do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) para o Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia, denominado SWAP-Bahia,

A justificativa apresentada na Carta Consulta (2008, p. 04), para a obtenção do financiamento do SWAP-Bahia, foi a necessidade de suporte financeiro para a continuidade da implantação do Plano Plurianual (PPA) Bahia 2008-2011, em ações das áreas da saúde, recursos hídricos, bem como em ações de acompanhamento e avaliação do referido Plano. O empréstimo seria na ordem de 60 milhões de dólares, com prazo de execução de quatro anos.

A elaboração do PPA foi baseada na governança solidária, que tem como princípios a ética, a democracia, a transparência, o controle social das ações governamentais, a participação cidadã, a territorialização das ações, além da transversalidade e da descentralização administrativa, sendo considerado uma ferramenta de gestão pública (BAHIA, 2008a).

Foram identificados três programas do PPA 2008-2011 para a composição da macroestrutura do SWAP Bahia: Programa Água Para Todos, Saúde Bahia e Gestão Estratégica do Planejamento Governamental (BAHIA, 2008a). Quanto à Gestão Estratégica do Planejamento Governamental, o Programa estava voltado para a institucionalização do processo de monitoramento e avaliação, como instrumentos de gestão dos programas e projetos, na esfera da administração pública estadual, contribuindo, assim, para a gestão eficaz destes (BAHIA, 2008^a).

Dentre as ações planejadas para execução do Programa Gestão Estratégica do Planejamento Governamental, destacam-se as seguintes: a) definição dos programas a serem avaliados; b) capacitação da equipe de monitoramento e avaliação, assim como de técnicos dessa área, lotados nas unidades executoras do SWAP-Bahia; c) elaboração do plano de trabalho; d) apoio à elaboração de instrumentos de monitoramento e avaliação de programas; e) apoio à definição de indicadores de monitoramento e avaliação de programas; f) coleta de dados para monitoramento de programas; g) tratamento e análise dos dados para monitoramento;

h) apoio à elaboração e consolidação de relatórios de monitoramento, bem como à disseminação dos principais resultados dessa atividade (BAHIA, 2008a).

Em relação aos objetivos, o SWAP-Bahia tem como objetivo geral promover o desenvolvimento social com equidade, por meio do apoio à agenda de programas do PPA 2008-2011, relacionado com as áreas de saúde, recursos hídricos e planejamento. E tem como objetivos específicos: a) apoiar o acompanhamento e a avaliação de programas e ações governamentais; b) auxiliar a execução financeira de programas do PPA 2008-2011; c) contribuir para a implementação das políticas de inclusão social do Governo da Bahia; d) ampliar o acesso a serviços de atenção materno-infantil de qualidade; e) aprimorar as atividades de vigilância do óbito materno e infantil na Bahia; f) reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil na Bahia; g) garantir a oferta e o acesso à água, por meio de uma gestão integrada, sustentável e participativa, incorporando essa ação no campo das políticas sociais e de crescimento econômico; h) ampliar, com vistas à universalização, ao acesso, e elevar significativamente a qualidade dos serviços prestados, relativos ao abastecimento de água e às demais ações de saneamento básico, priorizando o atendimento das famílias de baixa renda; i) articular e integrar os diversos componentes da sustentabilidade ambiental, relacionados ao saneamento básico – abastecimento de água, coleta e tratamento adequados dos esgotos e resíduos sólidos, além de manejo das águas pluviais; j) apoiar os municípios que administram diretamente os seus serviços de água e esgoto, promovendo a melhoria das suas condições técnicas, operacionais e financeiras (BAHIA, 2008a).

A Carta Consulta também apresenta os indicadores de implantação do SWAP-Bahia. Para o Programa Água Para Todos são os seguintes: pessoas atendidas com serviço adequado de abastecimento de água na área rural e urbana; fundo estadual de recursos hídricos regulamentado; número de resoluções deliberadas pelo Conselho Estadual de recursos hídricos; número de comitês de bacias criados e instalados; Plano Estadual de recursos hídricos elaborado; Planos de Bacia Estaduais revisados; qualidade da água monitorada em bacias do estado, usando o Programa Monitora; estudos estratégicos de priorização de intervenções hídricas nas bacias elaborados; número de outorgas concedidas; percentual de redução de água não faturada / perdas; medição ampliada e renovada; estudos de ações de proteção dos mananciais (IQA), elaborados e monitoramento em execução; percentual de ganho

de eficiência energética nos sistemas de abastecimento de água; e número de domicílios atendidos por serviço de coleta e tratamento de esgoto (BAHIA, 2008a).

E para o Programa Gestão Estratégica do Planejamento Governamental: número de programas governamentais monitorados; estudo sobre o monitoramento das metas do milênio no estado elaborado; e documentos legais de planejamento (LDO, LOA e PPA), elaborados e divulgados (BAHIA, 2008a).

A Carta Consulta também descreve as características econômicas, sociais e epidemiológicas do Estado da Bahia, descritas como “Situação Problema”, que subsidiaram o Estado na priorização da escolha dos componentes que compuseram a macroestrutura do SWAP-Bahia. Em razão da crise econômica, tanto a nível local, quanto nacional e internacional, verificou-se um aumento considerável das dificuldades para implementação de políticas públicas e sociais decorrentes, principalmente, do crescimento da vinculação das receitas orçamentárias e das despesas obrigatórias, que resultou em um engessamento do orçamento público, reduzindo a margem para a inclusão de novos programas.

O primeiro ponto a ser considerado foi a extensão territorial. A Bahia ocupa uma área de 564.692,67 km², dos quais cerca de 68,7% fazem parte da região do semiárido. O estado é o quinto maior em termos de extensão territorial no Brasil e ocupa 36,3% da área da região nordeste. Em termos demográficos, o censo realizado no ano 2000 mostra que a população da Bahia é de aproximadamente 14 milhões de habitantes, sendo que 2/3 vivem na zona urbana e 1/3, na zona rural. Ainda de acordo com o documento, a Bahia era o estado mais populoso do Nordeste e o quarto do país, abrigando 27,1% da população nordestina e 7,5% da brasileira (BAHIA, 2008a).

No terreno econômico, a Bahia ostentou um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 96,6 bilhões em 2006, um dos maiores do país e superior ao de muitas nações da América Latina. Apesar da expansão do PIB e dos investimentos realizados terem sido relevantes, ainda persistia no Estado um forte grau de concentração econômica setorial. A Região Metropolitana de Salvador (RMS) responde por mais de 53% de toda a riqueza produzida. Enquanto 25 municípios respondem por 72% do PIB, 172 municípios, dos quais 132 encontram-se no semiárido, geram 5% do PIB estadual. O crescimento expressivo do PIB estadual não refletiu em melhoria da qualidade de vida da população como um todo, que poderia resultar no desejado desenvolvimento social (BAHIA, 2008a).

A concentração espacial da produção, da riqueza e da propriedade gera um desarranjo entre crescimento e desenvolvimento, o qual se apresenta por meio dos indicadores sociais, demonstrando que as políticas públicas têm sido insuficientes para melhorar as condições de vida da população baiana. Apesar do desempenho da economia, que coloca a Bahia no sexto lugar do *ranking* nacional, o estado situa-se na 22ª posição no *ranking* brasileiro do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): a) 53,1% dos baianos vivem em situação de pobreza; b) 24% vivem com apenas R\$78,00 (setenta e oito reais); c) o percentual de indigentes é o dobro do percentual brasileiro; d) a taxa de analfabetismo é de 20,4%, muito acima da média nacional, que é de 11,2% (BAHIA, 2008a).

Por fim, foi definido que para o setor de saúde a responsável pela auditoria técnica seria a Auditoria SUS/BA. Para o Setor de Água não ficou definida necessidade de auditoria técnica e quanto à auditoria externa do Programa, esta foi atribuída ao próprio Banco Mundial ou ao Tribunal de Contas do Estado (TCE), quando não conflitasse com as atividades executadas por ele, em razão de também participar do Programa (BANCO MUNDIAL, 2010).

O Documento de Avaliação do Projeto ressalta o trabalho realizado pela Auditoria SUS-BA no Programa de Reestruturação do Sistema de Saúde da Bahia (Saúde Bahia – 2003), financiado pelo Banco Mundial. A auditoria SUS/BA demonstrou a existência de números elevados de internações desnecessárias por doença infecciosa intestinal, o que resultou em um aumento artificial das taxas de ocupação em hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde, constituindo uma estratégia para aumentar o recebimento de reembolsos (BANCO MUNDIAL, 2010).

Ainda em relação ao Projeto Saúde Bahia (2003), a auditoria indicou solicitações de reembolso inelegíveis, falhas no tratamento ambulatorial e no monitoramento das doenças infecciosas intestinais (DII), além de indicadores de DII inflados, que distorciam as estatísticas de morbidade no estado. Um trabalho similar – ainda dentro do mesmo projeto, com foco na avaliação da legitimidade das internações por diabetes demonstrou que a adoção consistente de medidas regulares de governança clínica (regulação e controle de qualidade), reduziu em 18% o orçamento anual do estado alocado para estas internações (Termo de Referência para Auditoria do Projeto SWAP-BA).

Quanto ao SWAP-BA, o projeto previa realização de auditorias clínicas em 25 hospitais, objetivando incentivar a introdução de regulamentos da prática clínica para redução da incidência de internações por Doenças Intestinais Infecciosas (DII) desnecessárias, corrigindo o uso inadequado de protocolos existentes para tratamento clínico, desenvolvendo a cultura de regulação adequada e sistemas de incentivo para a correção dos encaminhamentos. Por fim, em relação aos demais objetos de auditoria deste projeto (produtos e *capita*), não há precedentes em auditoria, o que demonstra o pioneirismo das ações em parceria com a instituição financiadora Banco Mundial (BANCO MUNDIAL, 2010).

Com a assinatura do Contrato de Empréstimo 7951-BR, e com o Programa Com enfoque Setorial Amplo das Áreas da Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia, firmado entre a República Federativa do Brasil e o Banco Internacional Para Reconstrução e Desenvolvimento, em 18 de julho de 2012, conclui-se uma etapa importante para dar seguimento às ações previamente idealizadas.

A memória histórica de implantação do programa SWAP-Bahia perpassa pela análise da capacidade institucional do órgão integrante da estrutura organizacional da SESAB, a Auditoria do Sistema Único de Saúde. Entre as cláusulas aplicáveis à implementação do Projeto, foi determinado que o Governo do Estado da Bahia, no prazo de três meses após a data de entrada em vigor do Projeto, deveria acordar e manter um plano de trabalho específico com a Auditoria do Sistema Único de Saúde – SUS, baseado em termos de referência que fossem satisfatórios ao Banco Mundial, com o objetivo de certificação dos resultados do setor saúde informados e dos prêmios *per capita* como sendo despesas elegíveis (BAHIA, 2012).

A Auditoria SUS/Bahia, em parceria com organismos multilaterais de financiamento, foi o órgão de escolha, na área da saúde, na administração pública do executivo estadual, para realizar as auditorias do Projeto SWAP, projeto este viabilizado com recursos internacionais.

O Programa SWAP-Bahia foi uma experiência pioneira para o componente estadual de Auditoria do SUS, contudo, já existia uma história da Auditoria/SUS/Bahia com o Banco Mundial, quando da operacionalização do Projeto Saúde Bahia (2003), o qual também foi financiado pela referida instituição financeira. É importante destacar que, nos 20 anos de existência, a Auditoria SUS/BA foi marcada pelo desenvolvimento tecnológico e pela qualificação e treinamento permanente dos seus servidores, o que

contribuiu para o aprimoramento dos trabalhos de auditorias realizados, e garante um melhor acompanhamento da regularidade dos recursos públicos do SUS.

Essa parceria com o Banco Mundial resultou em diversos benefícios, assim como aprendizados. A Auditoria SUS/BA, além de órgão fiscalizador, também exerceu o papel regulatório do estado, haja vista que as parcelas do empréstimo estavam condicionadas à validação dos resultados pela Auditoria SUS. Ademais, pode-se destacar o fortalecimento da capacidade institucional por meio do desenvolvimento organizacional quanto à gestão de pessoas, ao aprimoramento da capacidade e das práticas auditoriais, bem como ao fortalecimento do controle interno no âmbito da SESAB, assim como do SNA.

As atividades realizadas pela Auditoria SUS no SWAP-BA – para fins de desembolso do recurso financeiro pelo Banco, durante a vigência do acordo – foram as seguintes: validação do quantitativo de doses aplicadas de vacina oral contra rotavírus humano, em crianças menores de um ano de idade (primeiras e segundas doses) – Produtos 7 e 8; validação da quantidade de novas equipes de saúde da família implantadas no Estado durante a execução do projeto – nomeadas e em operação – Produto 9; relatório consolidado de auditorias clínicas realizadas em 25 hospitais selecionados, com maior número de internações por doença infecciosa intestinal – Produto 10; validação do número de registro de mulheres jovens grávidas, menores de 19 anos, no SISPRENATAL (*Capita*); validação dos indicadores de desempenho referentes aos 25 hospitais selecionados para implantação do PRONASCER (*Capita*) (BANCO MUNDIAL, 2010).

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) considera a auditoria um instrumento preventivo da avaliação da gestão pública e a define conceitualmente como o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio e 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 (BRASIL, 2011a).

A auditoria também pode ser conceituada como sendo um instrumento de qualificação da gestão – que visa fortalecer o SUS, por meio de recomendações e orientações ao auditado – com vista à garantia do acesso e à qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos (BRASIL, 2017b).

A auditoria tem um papel de destaque no processo de consolidação do SUS, pois funciona como controle interno, contribuindo com a gestão para a qualificação do acesso universal aos serviços de saúde, garantia da qualidade da assistência prestada aos cidadãos, alocação e utilização adequada dos recursos públicos, bem como na prevenção de fraudes, erros e outras distorções existentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa SWAP-Bahia é considerado uma política pública de caráter intersetorial e com financiamento público externo, amparado por mecanismos de ressarcimento relativos ao alcance de metas por parte de organismos financeiros internacionais. Este programa articula áreas governamentais do estado para contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população, nos âmbitos da saúde materno-infantil, e com a modernização institucional das áreas envolvidas.

O SWAP-Bahia tem como objetivos: (i) expandir o acesso à água limpa, ao saneamento e à atenção básica de saúde em ao menos 10 municípios selecionados, os mais afetados por Doenças Infecciosas Intestinais (DII) e (ii) melhorar a atenção de saúde neonatal, em 25 hospitais selecionados, utilizando um indicador barema de qualidade e eficiência. É dividido em dois componentes: o componente 1 (Parte 1) com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) e o componente 2 (Parte 2) com o objetivo de oferecer suporte ao fortalecimento da capacidade institucional da gestão, monitoramento e avaliação do estado, nos setores de água, saúde e planejamento.

Para o desembolso referente às parcelas do empréstimo concedido, restou acordado a realização de Auditorias Técnicas pela Auditoria SUS/BA, mediante à apresentação dos relatórios de auditoria realizados no período de vigência do projeto.

O estudo aqui proposto descreveu o processo de implantação do Programa SWAP-Bahia; a partir da análise dos documentos existentes e do referencial teórico disponível, foi possível concluir que os serviços de abastecimento de água e de saneamento contribuem para a melhoria nas condições de saúde da população, com consequente redução dos óbitos neonatais por causas relacionadas às DII. Em paralelo, não menos importante, em razão da sinergia existente, é de grande relevância ter serviços de saúde de qualidade, equipamentos e tecnologias mais eficientes, regulação do acesso e qualificação da atenção básica e da atenção materno-infantil, reforçando a importância de trabalhar de forma multissetorial.

Quanto à auditoria SUS, participar de um projeto de financiamento externo deixa um legado institucional que corrobora a visão institucional de um órgão de controle autônomo e de excelência reconhecido pela sociedade em defesa do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. **Auditoria como estratégia para o fortalecimento do controle interno do SUS**. 2013. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ATTIE, W. **Auditoria: conceitos e aplicações** – 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BAHIA. Decreto nº 7.884, de 27 de dezembro de 2000. Aprova o Regulamento do Sistema Estadual de Auditoria no âmbito do SUS/BA. Bahia, 2000.

_____. Lei nº 10.705 de 14 de novembro de 2007. Institui o Plano Plurianual da Administração Pública Estadual, para o período de 2008-2011. Bahia, 2007.

_____. Carta Consulta à Comissão de financiamento Externo da Secretaria de assuntos Internacionais. Programa Com enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos hídricos da Bahia. Bahia, 2008 (a).

_____. Ata de Reunião. Ajuda Memória. Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia (SWAP Bahia). Missão Técnica de Discussão. Salvador-Bahia. 1 a 5 de setembro de 2008. Bahia, 2008 (b).

_____. Contrato de Empréstimo nº 7951 BR. Programa com enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia. Bahia, 2012.

_____. Plano Estadual de Auditoria. Auditoria SUS Bahia – Período 2016-2019. Auditoria SUS Bahia, 2016.

BANCO MUNDIAL. Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro: fortalecendo a qualidade dos investimentos públicos e da gestão de recursos. Relatório nº 36601-BR. **Documento do Banco Mundial**, 2007.

_____. Documento de Avaliação do Projeto (PAD) sobre uma proposta de empréstimo para o Estado da Bahia, com garantia da República Federativa do Brasil destinado a um Projeto Integrado Para Saúde e Gerenciamento de Água. Relatório nº 51581-BR, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, M.L; TEIXEIRA M.G.; BASTOS F.I; XIMENES, R.A.A; BARATA, R.B, RODRIGUES L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. **Lancet**, London, p. 47-60, mai. 2011.

BLACK, R.E; COUSENS, S.; JONHSON, H.L.; LAWN, J. E.; RUDAN, I.; BASSANI, D. G.; CAMPBELL, H.; WALKER, C. F; CIBULSKIS, R. EISELE, T.; MATHERS, C. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. **Lancet**, Volume 375, ISSUE 9730, P1969-1987, June 05, 2010.

BOYNTON, W. C.; JOHNSON, R. N.; KELL, W. G. **Auditoria**. Tradução José Evaristo dos Santos. São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL, T. B.; PINTO, F. J. M.; SAMPAIO, R. M. M.; VIANA, R. A. A.; LIMA, K. J.; CAMELO, I. M.; MAIA, A. M. P. C. Fatores associados à mortalidade neonatal com ênfase no componente da atenção hospitalar ao recém-nascido. **Arq. Catarin Med**, 47(2), p.70-8, abr-jun. 2018

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 15 de julho de 2021.

_____. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. República Federativa do Brasil. Brasília. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 15 de julho de 2021.

_____. Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Presidência da República. Brasília. 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm. Acesso em 15 de julho de 2021.

_____. Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República. Brasília. 1995. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm. Acesso em 15 de julho de 2021.

_____. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **Ipea**, Brasília, 2000 (a). Disponível em: <<http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-milenio>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Assistência Pré-natal: Manual técnico. 3ª edição. Brasília: 2000 (b).

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Rev. bras. **Saúde materna infant**, Recife, 2 (1), p. 69-71, jan/abril. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional Pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal. Aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 18/03/04. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2011 (a).

_____. Decreto de Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa. **Diário Oficial da União**. Brasília, Df, 28 jun. 2011(b).

_____. Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa - Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. **Revista de Saúde Pública**, 2011 (c).

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde** – Rede Cegonha. 2011 (d).

_____. Lei complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Brasília. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 15 de julho de 2021.

_____. Tribunal de Contas da União. Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública. Versão 2. p.80, Brasília: 2014 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Orientação para implantação de um componente do Sistema Nacional de Auditoria – SNA do Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, 2014 (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres-CGSM. Manual Técnico Operacional do Sistema SISPRENATAL – Módulo Pré-Natal. p.73, Versão 02, 2014 (c).

_____. Ministério da Saúde. Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso Básico de Regulação do Sistema Único de Saúde -SUS**. **Diário Oficial da União**, Brasília: 2016.

_____. Tribunal de Contas da União. ISSAI 100: princípios fundamentais de Auditoria do setor público (INTOSAI 100). Brasília, 2017 (a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Princípios, diretrizes e regras da auditoria do SUS no âmbito do Ministério da Saúde**, Brasília, 2017 (b).

_____. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Controle Externo da Saúde. Guia de governança a gestão em saúde: aplicável a secretaria e conselhos de saúde. Brasília: 2018 (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília. 2018 (b).

_____. Ministério da Economia. Secretaria Especial de Comércio Exterior e Assuntos Internacionais. Secretaria de Assuntos Econômicos Internacionais. **Manual de Financiamentos Externos**, Brasília, 2019.

_____. Tribunal de Contas da União Boletim do Tribunal de Contas da União especial. Diário Eletrônico. Altera o Anexo da Portaria-TCU nº 280 de 8 de dezembro de 2010, que dispõe sobre as Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, 2020018 – Ano. 39, nº. 34, 2020.

CARDOSO, F. H. **Xadrez internacional e social-democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Diarrhea: Common Illness, Global Killer**. 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/healthywater/global/diarrhea-burden.html>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CEARÁ (Estado). Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE. Ceará, 2008. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/SWAP/>>. Acesso em: 15 jul. 2021.

CELLARD, A. A análise documental. *In*: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes. 2008.

COSTA, C. C; GUILHOTO, J.J. M. Saneamento rural no Brasil: impacto da fossa séptica biodigestora. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, Rio de Janeiro. v. 19, dez./abr. 2014.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia: Noções Básicas em Pesquisa Científica**. 6º ed. São Paulo: Saraiva, 2017

FERNANDES A. S. **O papel da esfera estadual na gestão descentralizada da atenção básica em Pernambuco**. 2010. Dissertação de mestrado profissional em Saúde Pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2010.

FERNANDES; J. D. REBOUÇAS, L. C. Uma década de Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação em Enfermagem: avanços e desafios. **Rev. Bras. Enferm**, 66 (esp.), p.95-101, 2013.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Trad. Joice Elias Costa. 3. ed., Porto Alegre: Artmed, 2009.

GERMÁN. B. S. J. G. **Estado de derecho y globalización: el Banco Mundial y las reformas institucionales en América Latina**. Bogotá: ILSA. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, UNIJUS: 2009. 380p.

GIL, A. C. **Como Elaborar um Projeto de Pesquisa**. 7ª ed (2ª reimpressão). São Paulo: Atlas, 2021.

GRAGNOLATI, M. G.; LINDELOW, M.; COUTTOLENC, B. 20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde. **The World Bank. Washington, D.C.** 2013.

HUTTON, G.; HALLER, L.; BARTRAM, J. Global cost-benefit analysis of water supply and sanitation interventions. **External J Water Health**, 5(4), p.481-502, 2007. Disponível em: <https://www.cdc.gov/healthywater/global/diarrhea-burden.html>. Acesso em: 15 jul. 2021.

KANTORSKI, L. P. LUIS, A. V. SOUZA, J. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, maio/ago. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de Pesquisa**. 9ª ed. São Paulo: Atlas, 2021.

LEMBCKE, P. A. Evolution of the medical audit. **JAMA**, Chicago, v. 199, n. 8, p. 543-50, Feb. 1967.

LINS, L. **Auditoria: uma abordagem prática com ênfase na auditoria externa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LIU, L.J.H.; COUSEN, S.; PERIN, J.; SCOTT, S. L.; RUDAN I, CAPBELL H, CIBULSKIS, R.; MATHERS, L. M.; BLACK, R. E. Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. **External Lancet**, Volume 379, ISSUE 9832, P2151-2161, June 09, 2012.

LOPES, G. K. D. O.; PINTO, H. M.; SOUZA, L. F.; TEIXEIRA, N. A.; BARBOSA, G. A.; DIAS, C. L. O.; SIQUEIRA; L. G. Registros da assistência pré-natal no Brasil segundo o SISPRENATAL: revisão integrativa. **Revista Bionorte**, v. 6, S1, dez. 2017.

MASUKAWA, M. L.; MORIWAKI A.M.; SANTANA R. G.; UCHIMURA N. S.; UCHIMURA, T.T. Impacto da vacina oral de rotavírus humano nas taxas de hospitalizações em crianças. **Acta Paul Enferm**, 28(3), p.243-9, 2015.

MATTEI, F.; CARRENO, I. Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. Fatores associados à saúde materno-infantil no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, 17 (3), p. 527-537 jul/set. 2017

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. São Paulo, Manole, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ed. São Paulo, Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), p.621-626. 2012.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA – NCPI. Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância. **Estudo impactos da estratégia saúde da família e desafios para o desenvolvimento infantil**: estudo 5 . São Paulo: NCPI, 2019. 36 p.

OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G. Carga Global das doenças diarreicas atribuíveis ao sistema de abastecimento de água e saneamento em Minas Gerais, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, set./abr, 2015.

OLIVEIRA, L. M.; DINIZ FILHO, A. **Curso Básico de Auditoria**. São Paulo: Atlas, 2001.

PACHECO, M. S.; OLIVEIRA D. R.; GAMBA F. L. A história da auditoria e suas novas tendências: um enfoque sobre governança corporativa. *In*: X SEMEAD: Seminários em Administração FEA-USP, **Anais [...]**, São Paulo, 2007.

PERON C. Auditoria e Pacto de Gestão: Perspectivas e desafios. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v.3, n3, 2009.

REIS, E.J.F.B; FAUSTO P. S.; CAMPOS F. E.; ACURCIO F. A; LEITE M. T.T; LEITE M. L. C; CHERCHIGLIA M. L.; SANTOS M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, mar. 1990.

RICARDINO, A.; CARVALHO, N. L. Breve retrospectiva do desenvolvimento das atividades de Auditoria do Brasil. **Revista Contabilidade & Finanças – USP**. São Paulo 2004.

RIZZOTO. M. L. F. **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Tese de Doutorado – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médica. Campinas, 2000.

_____. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial e o desmontado SUS. São Paulo: Hucitec, 2012.

RIZZOTO, M. L. F. CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde Soc**, 25(2), p.263-76, 2016.

ROSA, V.L. **Evolução da Auditoria em Saúde no Brasil**. 2012. Monografia (Especialização em Auditoria em Saúde) – Centro Universitário Filadélfia – UniFil. Londrina, 2012.

SANINE, P.R.; VENANCIO, S. I.; SILVA, F. L. G.; ARATANI, N.; MOITA, M. L. G.; TANAKA, O. Y. Atenção ao pré-natal de gestantes de risco e fatores associados no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2019.

SANTOS JUNIOR, R. B.S. **As políticas sociais do Banco Mundial para os países em desenvolvimento**. 2010. Tese de doutorado em Filosofia. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2010.

SÃO PAULO (Estado). Lei nº 1.982 de 19 de dezembro de 1952. Dispõe sobre a criação do Conselho Estadual de Assistência Hospitalar, na Secretária da Saúde Pública e da Assistência Social, e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Secretaria Geral Parlamentar. Departamento de Documentação e Informação. **Diário Oficial Executivo**, São Paulo, p.1, 21 dez. 2021.

SOUZA, N. M. O. **Estudo sobre a Implantação do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS nos municípios da região de Santo Antônio de Jesus, Bahia**. 2015. Dissertação de Mestrado Profissional – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015. 54p.

TINDYEBWA, D.; KAYITA, J., MUSOKE, P.; ELEY, B.; NDUATI, R. **Common clinical conditions associated with HIV. Handbook on Paediatric AIDS in África. 2004**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/healthywater/global/diarrhea-burden.html>> Acesso em: 15 jul. 2021.

VASCONCELOS, M.J.O.B.; RISSIN, A.; FIGUEIROA, J. N.; LIRA, P. I. C.; BATISTA FILHO, M. Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3), p.715-722, 2018.

WALT, G. P. E. GILSON, L.B. K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAPs (Sector-Wide Approaches)? **Health Policy Plan**, 14(3), p.273-84, sept. 1999.

WORD BANK. Minutes of Negotiations. **Brazil**: Integrated Health and Water Management Project. August 23-25, Programa com Enfoque Setorial Amplo das Áreas de Saúde e Recursos Hídricos do Estado da Bahia, 2010.

ZOCKUN, C. Z. **Intervenção do Estado na ordem social**. Enciclopédia jurídica da PUC-SP.1. ed. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/110/edicao-1/intervencao-do-estado-na-ordem-social> Acesso em: 26 jul. 2021.

ANEXOS

ANEXO 1 – Solicitação de Consentimento para o Estudo à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
AUDITORIA/SUS/BA

Ofício nº. 664/17

Salvador, 26 de junho de 2017

Exmo. Sr.
Dr. Fábio Vilas-Boas
Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Senhor Secretário,

Cumprimentando-o cordialmente, solicitamos de V. Exa., autorização para acesso aos relatórios do SWAp – Projeto Saúde Bahia, para utilização em pesquisa no Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da UEFS - Universidade Estadual de Feira de Santana.

Respeitosamente,


Jean Carla de Lima
Diretora da Auditoria do SUS/BA

Anexo 2 – Consentimento para o estudo pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Vede e opm, desde que
o conteúdo do
programa, de mesma
forma, não se opõe,

Felton
26.6.17

DE ACORDO

Em 26/06/2017

Zaida de Mello

Zaida de B. Mello Santos
Coordenadora SW Ap Ba / Setor Saúde