

Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção

**CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA  
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Atividades de Regulação e Fiscalização

Lourdes de Costa Remor

Florianópolis  
Outubro/2002

# CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atividades de Regulação e Fiscalização

Lourdes de Costa Remor

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, perante a banca, para a obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

---

Prof. Dr. Edson Pacheco Paladini  
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

---

Prof. Francisco Antonio Pereira Fialho - Dr. Ing.  
Orientador

---

Prof. Hugo César Hoeschl Dr.

---

Profa. Christianne Coelho de Souza Reinisch Coelho Dra.

---

Profa. Tânia D'Agostini Bueno Msc.

À memória de meu pai, que sempre manifestou orgulho pelo estudo de seus filhos, nos fazendo ver que a educação seria o caminho para uma vida melhor.

## *AGRADECIMENTOS*

Ao professor Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho, que despertou em mim o desejo pela pesquisa e me permitiu ter chegado até aqui.

Ao meu marido Carlos Augusto Remor, que acreditou no meu projeto e auxiliou no seu desenvolvimento.

Aos meus filhos, Beatriz Luiza e Alexandre Augusto, que dão sentido a minha vida.

À minha mãe pelo incentivo que renova nos filhos seus desejos pela ciência.

Aos professores Dr. Hugo Hoeschl e Tânia D'Agostini Bueno pela atenção que me concederam durante esse percurso.

Aos amigos Anderson Lodetti de Oliveira e Vanessa Neunzig que colaboraram com esse estudo.

Aos técnicos da Secretária de Estado da Saúde, André Luiz Von-Knoblach e Arion Bet Godoi que me auxiliaram na obtenção de dados.

# CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

## DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### Atividades de Regulação e Fiscalização

#### SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
1 – INTRODUÇÃO	9
APRESENTAÇÃO	9
OBJETIVO GERAL	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
JUSTIFICATIVA	17
MÉTODO	18
LIMITAÇÕES	21
ESTRUTURA DO TRABALHO	22
2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: HISTÓRICO, ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO	23
3 – CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA	42
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	71
6 – BIBLIOGRAFIA	78
BIBLIOGRAFIA GERAL	78
BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA	80
ANEXOS	84

REMOR, Lourdes de Costa. Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização. Florianópolis: UFSC, 2002. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, 03/10/2002.

Orientador: Dr. Francisco Antonio Pereira Fialho.

*Pesquisa sobre as atividades de [Controle], [Avaliação] e [Auditoria] do [Sistema Único de Saúde – SUS]. Conceito de cada uma, particularidades e diferenciações. Diagnóstico situacional, desde a legislação até a prática. Importância da função de cada uma, dentro do sistema público de saúde, no Brasil.*

## RESUMO

O presente trabalho é constituído por uma pesquisa sobre as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde. Conceitua cada uma destas atividades, conforme suas particularidades e diferenciações, a partir das quais, estabelece um diagnóstico situacional, analisando os seus limites, contradições e atribuições, desde a legislação até a prática. Por fim, apresenta a importância da função de cada uma, dentro do sistema público de saúde, no Brasil.

## ABSTRACT

The present work is constituted by a research on the activities of Control, Evaluation and Audit of the Integrated System of Health (SUS). It considers each one of these activities, according to its particularities and differentiation, establishing a present diagnosis, analyzing its limits, contradictions and attributions, considering the legal perspective and the real operation of the System. Finally, it presents the importance of each one of those activities in Brazilian public health system.



# 1 – INTRODUÇÃO

*A vida é breve, a arte é longa, a  
ocasião fugidia, a experiência  
enganosa e o juízo difícil.*

Hipócrates

*A maior riqueza é a saúde.*

Ralph Waldo Emerson

## APRESENTAÇÃO

Situarmos as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria – SNA, tema deste trabalho, requer antes, uma descrição da saúde no cenário nacional e as mudanças ocorridas nesta área, com a criação do SUS, em 1988, e de alguns fatos ocorridos anteriormente.

A Constituição Brasileira de 1967, considerava a saúde, de forma muito genérica, juntamente com a educação. Segundo ela, cabia à União dispor sobre planos nacionais destas duas áreas e legislar sobre normas gerais de defesa e proteção da saúde. Vários ministérios tinham a competência da execução de ações e serviços de saúde, não havendo uma coordenação nacional.<sup>1</sup>

Em 1977, foi instituído o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, subordinado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, que era composto por várias entidades, entre elas, o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, ao qual cabia a prestação de

---

<sup>1</sup> SANTOS, Lenir. *Distribuição de Competência no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de governo no SUS*. Brasília: OPS/OMS, 1994. p. 7.

assistência médica aos trabalhadores contribuintes da seguridade social e trabalhadores rurais.

As alegações de crescentes gastos com a assistência médica e com o número de aposentadorias<sup>2</sup>, a chamada crise da Previdência, desencadearam em 1983, um Programa que tentou descentralizar para os estados e municípios, ações e serviços de saúde, até então executados pela União, eram as "AIS" - Ações Integradas de Saúde.

Para discutir a saúde, quando a política sanitária brasileira ainda era vinculada ao Ministério de Educação e Saúde, realizou-se a primeira Conferência Nacional de Saúde, em 1941. "As conferências de saúde foram instituídas em 1937, e, tinham por objetivo reunir delegações de todos os estados em um fórum nacional, de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública. Eram momentos de encontros dos técnicos e da burocracia governamental".<sup>3</sup>

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, trouxe recomendações para a estruturação de um novo Sistema Nacional de Saúde. Esta conferência ampliou a discussão de aspectos já discutidos na 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, inclusive no que se refere à concepção de saúde.

Em 20 de julho de 1987, através do Decreto 94.657<sup>4</sup>, o presidente da República cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, com o objetivo de contribuir para a consolidação e o desenvolvimento qualitativo das AIS.<sup>5</sup>

No período compreendido entre a criação do SUS e sua regulamentação vigorou o SUDS. Os municípios aderiam através de convênios com os estados, segundo lhes conviesse, não era obrigatório. No período que vigorou o SUDS,

---

<sup>2</sup> VECINA NETO, G. "Evolução e Perspectivas da Assistência à Saúde no Brasil". In: FERNANDES, A. T. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. Vol 2. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1614.

<sup>3</sup> ESCOREL, Sarah. *Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p.54 e 56.

<sup>4</sup> BRASIL. Presidência da República. Decreto 94.657 de 20/07/1987. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 jul. 1987.

<sup>5</sup> GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org.). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.87.

houve a transferência de serviços, recursos humanos e patrimoniais do INAMPS,<sup>6</sup> órgão federal, para a administração dos estados e municípios.

O surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS, como único e público, comandado por um só Ministério e, com as mesmas diretrizes em todo o país, foi o resultado de idéias oriundas de movimentos da sociedade e, de várias tentativas políticas para o setor, das quais resultou também, uma nova concepção de saúde.

O conceito mais tradicional de saúde a refere como o “estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; estado do que é sadio ou são”.<sup>7</sup>

A 8ª Conferência ampliou o conceito de saúde para “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde”.<sup>8</sup>

Também cabe citar as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, cuja primeira ocorreu em 1986 em Ottawa, no Canadá. As discussões resultantes destas conferências concebem “a saúde como produção social e, desta forma, engloba um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal e para o estímulo à participação social”.<sup>9</sup>

A Lei 8.080/90, que regulamenta o SUS, no seu art. 3º, traz como fatores determinantes da saúde, os termos integrantes do conceito de saúde da 8ª Conferência, e, também vai de encontro aos conceitos sobre o tema que constam das Cartas de Promoção da Saúde, resultado das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

---

<sup>6</sup> INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Órgão federal do Ministério da Previdência e Assistência Social, destinado à prestação de assistência médica.

<sup>7</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM. Verbetes: saúde.

<sup>8</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. *Boletim Informativo*, Brasília, nº 4, mar. 1986.

<sup>9</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, 2001. p.5.

O SUS, definido como um sistema, tendo em vista a disposição das partes de um todo, coordenadas entre si, funcionando como estrutura organizada,<sup>10</sup> está composto por várias estruturas integradas que funcionam uma, como pré-requisito de outras. Nestes termos, enfatizamos o papel exercido pelas atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SNA, como uma das estruturas do SUS.

O SUS trouxe uma inovação peculiar nas funções administrativas e de políticas governamentais no setor saúde, quais sejam, a descentralização das ações e serviços de saúde para estados e municípios e a participação da sociedade através de conselhos de saúde.

Contudo, o SUS não teve sua implantação simultânea e homogênea em todo o país, até porque a sua regulamentação só foi efetivada em 1990. A partir dela, as suas diretrizes começaram a ser postas em prática, em todo o território nacional.

Esse Sistema juntou funcionários das três esferas de governo. Desse modo, a descentralização, unificou em estados e municípios, funcionários federais, estaduais e municipais, de formações, remunerações e interesses diferentes para exercerem as mesmas atividades. Além disso, as diferentes esferas governamentais tinham também distintas capacidades de absorção do novo sistema.

Os municípios, pelas suas particularidades, não apresentavam iguais condições de absorver o Sistema. O Ministério editou então, as Normas Operacionais que habilitaram os municípios em gestões diferenciadas, para realizarem a implantação e o desenvolvimento do SUS, de acordo com a sua capacidade.

Esses são alguns dos fatores pelos quais o SUS não pôde ser implantado igualmente em todo o território nacional, de forma simultânea. Exemplo disto é a exigência das atividades de Controle e Avaliação, em municípios com um tipo de gestão; e o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, que engloba as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, para outro tipo de gestão.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico. Século XXI, Versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM. Verbete: sistema.

<sup>11</sup> Os tipos de gestão estão especificados adiante, no capítulo Histórico.

Estas atividades atuam como instrumentos de controle<sup>12</sup> e de regulação<sup>13</sup> do SUS. Devido as diferentes capacidades dos municípios e, sobretudo pela autonomia dada, pelo Ministério da Saúde, aos estados e municípios para elaborarem os seus modelos de SNA, que deveriam ser implantados por lei<sup>14</sup>, elas também foram implantadas de maneira e em estágios diferenciados, de acordo com a capacidade de cada município.

O Controle, Avaliação e a Auditoria são atividades inerentes ao Sistema, dado que a rede assistencial do SUS é composta por serviços públicos e por serviços da iniciativa privada. Conforme o art. 197 da Constituição Federal de 1988, a saúde é um serviço de utilidade pública e, portanto, pode ser prestado pela iniciativa privada, mas sujeito às normas, ao controle e à fiscalização do poder público. E, embora o art. 199 diga que a iniciativa privada participará do SUS como uma rede de serviço complementar, ela corresponde à maioria dos serviços de média e de alta complexidade, sendo por isso, o maior alvo da fiscalização por parte dos gestores do SUS.

O SUS, por ser um sistema público tem seus recursos financeiros provenientes da sociedade, o que conota uma responsabilidade maior na sua utilização e prestação de contas.

Esses pressupostos mostram que as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria precisam funcionar coerentemente em seus conceitos, atribuições e delimitações. Porém, as atribuições dessas atividades vão além da fiscalização e da regulação dos recursos financeiros, objetivam também, a qualidade da assistência à saúde.

As novas tecnologias e a disseminação das informações têm facilitado aos usuários, o conhecimento dos seus direitos à saúde, à educação, etc. Soma-se a isso a participação da sociedade através de conselhos de saúde.

---

<sup>12</sup> O termo controle designa a “fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades, ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas”. DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico. Século XXI, Versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

<sup>13</sup> O verbo “regular” é usado, como verbo transitivo direto, no sentido de: dirigir, ajustar, estabelecer regras, encaminhar conforme a lei. Cf. DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico. Século XXI, Versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

<sup>14</sup> O termo “lei” aqui, é usado em sentido amplo, designando o ato legal representado por Lei, Decreto ou Portaria estadual ou municipal.

A existência dos conselhos de saúde é um fato relevante para a discussão das atribuições das atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS. Isto porque, os conselhos estão formalizados em todas as esferas de governo, com poder deliberativo sobre a aplicação dos recursos financeiros. Esse, entre outros fatores, tem contribuído para que a fiscalização e a regulação do SUS, através do SNA, estejam dispersas e confusas. Ainda se busca um entendimento de quais sejam suas atribuições, limites e importância para o SUS.

A falta de clareza do que são essas atividades passa também pela falta de referências, sobretudo na literatura. O SNA ainda pode ser considerado um sistema novo, desprovido de referências bibliográficas. São encontradas referências à Auditoria e, principalmente médica. Isto porque, os sistemas de saúde privados e os supletivos prestam quase que exclusivamente assistência médica ambulatorial e hospitalar em contraposição ao SUS que engloba a assistência médica, hospitalar e ambulatorial, desde a prevenção, através das vacinas; a promoção, através de campanhas contra o fumo, às drogas, programa de saúde bucal, saúde mental, saúde da criança, da mulher, do adolescente, saúde da família, da gestante, do idoso, dos hipertensos, diabéticos, etc., até a recuperação e a reabilitação da saúde.

A diversidade na implementação de ações de saúde vem crescendo, estimulada por acordos firmados em conferências internacionais, que visam primordialmente implantar políticas públicas que promovam à saúde, reduzindo as ações centradas na enfermidade.<sup>15</sup> E, aos fatores determinantes de saúde concebidos pela Lei 8.080 e pela 8ª Conferência Nacional de Saúde.

O incremento de ações de saúde e o impacto causado por elas exigem cada vez mais a intervenção das atividades reguladoras do SNA. A execução dessas atividades possibilitaria um melhor planejamento das ações e serviços, proporcionando aos gestores de saúde o cumprimento dos princípios constitucionais de equidade e universalidade.

Para tanto, é necessário o estabelecimento e a delimitação dos conceitos de Controle, de Avaliação e de Auditoria, e uma reflexão sobre suas atribuições. A

análise de controvérsias sobre as ações destas atividades provavelmente possibilitará um melhor entendimento e a diminuição dos conflitos que as permeiam, desde sua implantação.

Para descrever as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, na busca da construção de conceitos, a partir da análise e controvérsias existentes na legislação, na literatura e na prática, buscou-se fazê-lo na Pós-Graduação de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, enquanto engenharia de métodos e procedimentos. Para a análise das atividades descritas são abordados aspectos da área de administração, saúde e direito, exigindo para tal, uma fundamentação multidisciplinar, característica peculiar do curso de pós-graduação citado.

---

<sup>15</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, 2001. p. 7.

## OBJETIVO GERAL

Em termos gerais, se pretende descrever, analisar e apresentar reflexões sobre as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SNA do SUS. A partir disso, mostrar como estão estruturadas as atribuições dessas atividades para estabelecer um diagnóstico situacional.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer as atribuições de cada atividade do SNA, nos estados, e como elas estão sendo desenvolvidas;

Identificar limites e contradições referentes às atividades do SNA, a sua implantação e o seu papel na política de saúde descentralizada;

Conceituar cada uma destas atividades conforme as suas atribuições, buscando as peculiaridades e diferenças entre elas;

Salientar a importância do papel de cada uma como atividades reguladoras e de fiscalização do SUS.



## JUSTIFICATIVA

A necessidade de sistematização das atividades do SNA e das articulações entre elas, junto com uma maior precisão em seus conceitos, constitui o fundamento dessa pesquisa.

A relevância deste percurso, sobre o SNA, sustenta-se nas suas ferramentas de regulação e fiscalização. O uso coloquial do termo controle conota o sentido de fiscalização, mas que, por ser também um conceito muito específico de uma das atividades do SNA, tende a gerar confusões de conseqüências práticas indeléveis.

A precisão conceitual, relativa às atividades do SNA, provavelmente acrescentaria um avanço na manutenção da qualidade dos serviços de saúde oferecidos no âmbito do SUS.

As considerações e referências a respeito destas atividades são muito raras na literatura. A situação chega até mesmo ao desconhecimento, em seus meandros, pelos profissionais que atuam diretamente no SNA.

## MÉTODO

O SUS, constitui-se de tantas leis e normas que Gilson Carvalho diz duvidar “que aqueles que a ditam e fazem, conheçam profundamente”.<sup>16</sup>

Posto que as referências bibliográficas são incipientes, não obstante a legislação ser muito vasta, é necessária uma articulação dessas novas informações com o conhecimento acumulado, para que possamos acompanhar as novas normas, que são implementadas quase que diariamente.

Para descrever as atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria, pesquisamos a história do SUS, o seu percurso desde os fatos que desencadearam a sua criação, sua estrutura, até a sua posterior operacionalização.

Conhecer as propostas de mudanças na área da saúde é o início do caminho para a compreensão dos motivos que resultaram no SUS, um sistema único e descentralizado. Assim também, o contexto que fundamenta as suas diretrizes e princípios, sua operacionalização e as suas limitações.

A extensa legislação, circunscrita ao SUS, exige dos que trabalham nesta área, um conhecimento do histórico das transformações ocorridas na saúde, as determinantes do conceito de saúde, as ações desenvolvidas e metas preconizadas. Em se tratando das atividades do SNA, atividades fundamentais desenvolvidas pelo SUS, acabam por envolver, de forma direta ou não, todas as ações e serviços de saúde. Daí que propomos uma sistematização conceitual diferencial, circunscrita ao Controle, à Avaliação e à Auditoria.

A trajetória para a descrição destas atividades, compreende, desde a sua implantação nos estados e municípios até o desenvolvimento na prática, objetivando estabelecer um diagnóstico da situação e a sistematização conceitual. Procura também, mostrar na prática, o entendimento particular como cada esfera de governo concebeu, de forma diferencial, essas atividades.

Ao tentar definir limites conceituais, optou-se por um estudo descritivo com abordagem qualitativa.

Utilizamos, para sustentar essa pesquisa, algumas poucas referências bibliográficas específicas relativas ao SNA, a legislação pertinente ao SUS, relatórios, cadernos, folhetos, manuais e entrevistas com os SNA's dos estados, todos esses, recursos pautados pelos conhecimentos adquiridos através da experiência, durante 20 anos de trabalho no setor.

A extensa legislação sobre o assunto é um dos motivos que perturbam a compreensão do SUS e conseqüentemente do SNA e dos conceitos de suas atividades.

Essa realidade motivou a que não se apresente aqui, um capítulo de revisão da literatura relativa ao SNA, mesmo porque esta é pobre, e a sustentação do trabalho encontra-se, portanto, na legislação. Do mesmo modo, para as referências, preferimos utilizar notas de rodapé, considerando que o grande número de normas citadas, de outra forma, prejudicaria a estética do trabalho.

Como o objeto da pesquisa constitui-se das atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, quando utilizarmos o termo controle, em seu sentido de uso coloquial, usaremos letra minúscula, para diferenciar do conceito de Controle, que será escrito com maiúscula.

Para esclarecer a suposta falta de imprecisão nos limites entre os conceitos de Controle, Avaliação e Auditoria, realizamos entrevistas com os SNA's dos estados. As pessoas entrevistadas não foram escolhidas. Em alguns estados, entrevistou-se o responsável pelo setor, em outros, um técnico. Decidimos primeiramente por aplicar as entrevistas em todos os estados, mas as realizamos somente em 07, tendo em vista que as situações encontradas foram mostrando-se invariavelmente semelhantes. Além destes estados, aplicou-se também a entrevista aos SNA's de 07 municípios de Santa Catarina. Nestes últimos, a quarta pergunta ficou prejudicada.

---

<sup>16</sup> CARVALHO Gilson. "Comentários à NOAS 01/2001". In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001. Disponível em: <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/gilsoncomentaNOAS.html>>. Item 25. Acesso em: 07 jan. 2002.

Estas entrevistas foram realizadas por telefone, no período compreendido entre janeiro e julho de 2002 e, seguiram um roteiro. Inicialmente, em cada uma delas era informado, ao entrevistado, o objetivo da pesquisa.

O citado roteiro constituiu-se das seguintes perguntas:

1. Quais são as atribuições das atividades de Controle?
2. Quais são as atribuições das atividades de Avaliação?
3. Quais são as atribuições das atividades de Auditoria?
4. Qual a área de atuação do SNA, naquele estado? [para sabermos se havia atuação em municípios, independente do tipo de gestão]
5. As atividades de Controle, Avaliação e Auditoria são desenvolvidas em um mesmo setor ou em setores separados?

As perguntas de caráter conceitual foram feitas primeiro, no intuito de evitar alguma indução para as questões seguintes, pois se espera que o conceito sustente a prática.

Em julho/2002, estas entrevistas foram repetidas, a fim de se obter informações a respeito de possíveis mudanças na estrutura do SNA, já que nas primeiras entrevistas, algumas informações referiam a intenção de se separar as atividades e, em outras, a de juntarem as atividades.

## LIMITAÇÕES

As limitações encontradas para o desenvolvimento deste trabalho residem nos seguintes fatos:

A obtenção de literatura específica, relativa ao tema, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, pois são escassas, e, a maioria, encontra-se em manuais e na legislação;

A existência de contradições freqüentemente presentes na extensa legislação circunscrita ao SUS.

O meio utilizado para a realização das entrevistas. Devido à distância dos estados brasileiros, custos de deslocamentos e exigüidade de tempo, optou-se pelo uso do telefone.

## ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está dividido em seis capítulos. Iniciamos, descrevendo de maneira genérica, no capítulo 1, as mudanças ocorridas na área da saúde no Brasil, desde a Constituição Federal de 1967 até a criação e a implantação do SUS e os fatos que desencadearam a sua criação, acrescido das concepções de saúde e do Controle, Avaliação e Auditoria do SNA do SUS.

Para compreendermos o papel exercido pelas atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, descrevemos no capítulo 2, o histórico, a estrutura e a operacionalização do SUS.

No capítulo 3, apresentamos as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, sua criação, implantação, conceitos e atribuições.

Apresentamos, no capítulo 4, baseado na literatura, na legislação, na experiência prática e nos dados obtidos com as entrevistas, um diagnóstico da situação das atividades de Controle, Avaliação e Auditoria; as controvérsias e um novo entendimento sobre estas atividades.

Por fim, no capítulo 5, fazemos as considerações sobre estas atividades e apresentamos sugestões relativas às atribuições destas atividades, dentro do Sistema Único de Saúde, e não como um conjunto do SNA.

No capítulo 6, relacionamos as bibliografias gerais e as de referência, utilizadas para este trabalho.

## 2 – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS: HISTÓRICO, ESTRUTURA E OPERACIONALIZAÇÃO

*O Estado deve fazer o que é útil.*

*O indivíduo deve fazer o que é belo.*

Oscar Wilde

O Estado, nos moldes modernos, por definição, implica um poder centralizado para exercer domínio soberano sobre determinado território. Historicamente a função administrativa e o Estado tiveram uma evolução simultânea. O Estado absolutista rompeu com a própria concepção de Estado feudal de poder pulverizado. Deixou de ser fragmentado e tornou-se soberano, criando forças armadas e um aparelho burocrático, para exercer um domínio político em determinado território.

A Revolução Francesa, que também foi uma revolução burguesa, resultou de um longo processo de abuso do poder, por parte de uma nobreza improdutiva e cara. A burguesia sofria a instabilidade econômica, com impostos que mudavam a todo momento e com altas alíquotas, sem perspectivas de desenvolvimento do comércio. A partir dessa situação, nasce o Estado Moderno ou Estado Liberal. Seu principal objetivo era limitar o poder dos governantes, na tentativa de conseguir alguma estabilidade social e jurídica. Dessa forma, fundou-se nos princípios de liberdade, igualdade, propriedade, todos pautados pela legalidade. A legalidade era o grande baluarte da promessa de estabilidade, tão necessária para os negócios e investimentos do capital. A partir da Revolução Francesa todos se transformaram em iguais perante a lei. O livre mercado era tido como regulador da economia; na conhecida expressão de Adam Smith, tudo seria regulado pela “mão invisível” do mercado. Ao Estado, somente cabia garantir a propriedade privada e a livre iniciativa e, para tanto, contava com um aparato burocrático bastante simples, comparado com o atual.

O Estado Liberal se limitava a garantir a polícia para manter a ordem. Não poderia jamais intervir na sociedade ou na economia. Esse primeiro modelo de Estado tinha, assim, por tarefa um *não-fazer*, o que o transformava em um Estado mínimo<sup>17</sup>. Nesse momento, o poder público só se preocupava com a saúde, em uma acepção higienista, ou seja, através de medidas preventivas de possíveis epidemias. A concepção de saúde restringe-se a medidas de contenção em possíveis focos de disseminação de doenças. Assim, iniciaram-se algumas medidas profiláticas, por exemplo: lavar as mãos, trocar roupas.

No século XVIII, a Revolução Industrial deu início a um novo quadro. Os trabalhadores saíram dos campos e se concentraram em aglomerados urbanos, o que provocou grandes mudanças de comportamentos sociais. As cidades começaram a surgir, trazendo novas necessidades, como de esgoto, hospitais, educação, controle do lixo, epidemias, etc.

Os princípios de coordenação, não intervenção e igualdade abstrata do Estado Liberal não eram mais satisfatórios para dar conta dos novos problemas. O surgimento das doutrinas socialistas pressionaram pela concessão de benefícios não existentes no modelo estatal anterior. Daí surge a legislação trabalhista, com seus regulamentos de duração máxima de jornada de trabalho, condições mínimas de saúde, férias, aposentadoria, previdência social, etc.

Uma mudança de perspectiva tendia para o outro lado: garantir que as coisas ficassem exatamente como estavam – modelo de produção capitalista, dividindo a sociedade entre proletários e proprietários. É o surgimento do modelo de Estado Social, com o marco simbólico na Constituição de *Weimar*, na Alemanha em 1919.<sup>18</sup> No Brasil esse modelo de Estado surge depois da República Café com Leite, em 1930, quando Getúlio Vargas, chamado “o pai dos pobres”, assume o poder<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997. p. 116

<sup>18</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997. p. 118. A Constituição de Weimar é o marco histórico do início do Estado do Bem Estar Social, também conhecido como *welfare State*.

<sup>19</sup> Para rebater o apelido de Vargas como “pai dos pobres”, a atual historiografia do Estado brasileiro o chama de “pai dos pobres e mãe dos ricos”. Isso porque com as concessões de vantagens trabalhistas, os movimentos socialistas foram enfraquecidos e perdeu-se a possibilidade de criar uma nova ordem que



O Estado Social, ao contrário do Liberal, vai se caracterizar por um modelo político de promoção, ou seja, um modelo de *fazer*.<sup>20</sup> Nele, o Estado assume a tarefa de providenciar escolas, creches, organizar o transporte coletivo, para levar o empregado ao trabalho, construir hospitais, e proporcionar meios para o tratamento de problemas de saúde.

Há uma perspectiva da saúde, no Estado Social, totalmente diferente do modelo anterior. Enquanto aquele modelo higienista intervinha após as doenças estarem instaladas, o novo modelo se preocupa com a saúde da coletividade. A saúde avança de uma estratégia política e adquire um *status* de bem coletivo, que permanece até hoje na nossa Constituição Federal.

A evolução das obrigações do Estado recaiu com maior peso sobre um dos poderes em específico: o Estado-Administração, ou, Poder Executivo, o qual necessitou aparelhar-se e adaptar-se às novas exigências. Em um primeiro momento, o Executivo cuidava da organização da polícia e do exército, fiscalizava balanços, emitia moeda (Estado Liberal). Já no Estado Social, precisou construir escolas, hospitais, ruas, contratar técnicos e realizar uma série de tarefas típicas da Administração Pública.

Decorrentes das necessidades da sociedade, o Estado Brasileiro passou a desenvolver várias ações no campo social, dentre elas a saúde. E incluiu-a na Constituição Federal de 1988, como um direito do cidadão e dever do Estado.

O art. 194 da Constituição de 1988 diz: “A Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. No capítulo da seguridade social, incluiu também a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Isso aconteceu após algumas tentativas de reorganizar o setor, por parte do governo, e outras, oriundas de movimentos sociais.

---

rompesse com o modelo de produção capitalista. Essa é a causa da volta do liberalismo chamado de neoliberalismo. Com o fim da ameaça socialista - fim dos modelos socialistas do leste europeu, e principalmente URSS - o capitalismo voltou a não precisar mais utilizar expedientes para cooptar as classes trabalhadoras.

<sup>20</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997. p. 117.

Em 1977, a União criou o SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, que integrava o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Esse Instituto era responsável pela prestação da assistência médica aos trabalhadores contribuintes da Seguridade Social e aos trabalhadores rurais, considerados não contribuintes. A assistência era gratuita, abrangia, todo o território nacional, através dos hospitais públicos e privados/contratados e postos de assistência médica ambulatorial.

Com a chamada crise da Previdência, foi criado, através do Decreto Federal nº 86.329 de 02/09/81, o Conselho Nacional de Administração Previdenciária – CONASP, subordinado diretamente ao Presidente da República. Esse Conselho objetivava a elaboração de um plano de reorganização da assistência à saúde e também a redução de gastos. Do Plano do CONASP surgiram as AIH's – Autorização de Internação Hospitalar e as AIS – Ações Integradas de Saúde.<sup>21</sup> Com a AIH, institui-se uma nova maneira de pagamento da internação hospitalar, através de procedimentos codificados, com valores pré-estabelecidos, e não mais pela relação de serviços prestados, como no modelo anterior. As AIS iniciaram em 1983, com a descentralização das ações de saúde que eram de competência da União, para estados e municípios, objetivando evitar a duplicidade dessas ações nas três esferas de governo.

O Plano do CONASP foi o resultado de discussões entre seus membros e das idéias que se opunham ao modelo de saúde vigente, especificamente as advindas do CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, criado em 1976.<sup>22</sup> O CEBES é uma entidade da sociedade civil e teve suas origens nas Universidades, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva.<sup>23</sup>

Em 1937, Foi criado um fórum nacional de debates sobre saúde – A Conferência Nacional de Saúde – instituída pela Lei nº 378 de 13 de janeiro. Esta conferência envolvia segmentos da sociedade, representados por entidades e a burocracia governamental, com a finalidade de discutir a situação e propor

---

<sup>21</sup> GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 83 e 84.

<sup>22</sup> GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo (org). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 83 e 84.

<sup>23</sup> ESCOREL. Sarah. *Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p.165.

diretrizes para a política de saúde, no Brasil. A primeira delas foi realizada em 1941, convocada pelo então ministro da educação e Saúde, Gustavo Capanema.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde,<sup>24</sup> de 17 a 21 de março de 1986, ampliou as idéias discutidas na 3ª Conferência e inspirou a criação do SUS. Seu relatório final recomenda a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e propõe uma nova concepção de saúde, nos termos seguintes:

- A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado;
- A saúde não deve ser restrita a assistência médica. Ela é a resultante de vários fatores sociais.
- O sistema nacional de saúde deve ser reestruturado de maneira que resulte num sistema único de saúde, devendo reger-se pelas seguintes diretrizes:
  - Universalização do acesso,
  - Equidade no atendimento,
  - Integralidade das ações,
  - Descentralização,
  - Participação da sociedade.

Em 20 de julho de 1987, o presidente da República assinou o decreto nº 94.657 que criou o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS. Era a primeira repercussão das idéias propugnadas na 8ª Conferência. O objetivo era contribuir para a consolidação e o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde. O SUDS se sustentou por convênios entre a União e os estados. A participação dos municípios, nesses convênios, não era obrigatória. Sua efetivação deveu-se à transferência, para estados, da gestão de hospitais públicos federais, pertencentes ao INAMPS. Entretanto, como o SUS, criado em 1988, só foi regulamentado em 1990, no período de 1987 a 1990, vigorou o SUDS.

---

<sup>24</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. 1986, Brasília. *Relatório Final...* Brasília: [s.n.], 1986.

A Constituição Federal de 1988 criou o SUS, regulamentado posteriormente pelas Leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Com a criação do SUS, foram resgatados os princípios constitucionais de **universalidade** (acesso a toda a população) e **equidade** (igualdade de direitos a todos), conforme art. 196 da Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A Constituição, em seu art. 198, estabelece também a reorganização do setor saúde ao dizer:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade”.

O termo **hierarquização** tem aqui um sentido não usual, conotando uma ordem de complexidade dos serviços (e não de importância) de maneira que exista, dentro de cada município, unidades de saúde que prestem serviços básicos, desde uma consulta até a intervenção mais complexa, como uma cirurgia cardíaca, ou seja, desde a prevenção, passando pela promoção, até a recuperação da saúde.

Devido a essa hierarquização, o usuário do SUS, ao necessitar de algum tipo de assistência de saúde que não seja caso de emergência (risco de vida iminente), deve procurar atendimento nas unidades básicas de saúde, ou seja, nos postos de saúde. Há ainda a exigência de que essa procura seja feita no seu município e nas proximidades de sua residência. Quando essas unidades de saúde não dispuserem do atendimento buscado, o usuário é encaminhado para o

serviço de maior complexidade. O usuário do SUS não pode buscar atendimento diretamente em centros de maior complexidade, exceto nos casos de emergência.

A **regionalização** refere, a despeito da autonomia dos três níveis de governo, que a diferença entre os municípios — sua complexidade e capacidade instalada de serviços — impossibilitam, a cada um, oferecer todos os serviços de saúde, necessários à população. Assim, a forma regionalizada tenta integrar os municípios de maneira que os serviços disponíveis em um compensem os não disponíveis em outro. Essa forma de organização objetiva possibilitar o atendimento integral, que abrange toda a assistência necessária à saúde do indivíduo, desde as ações de prevenção, promoção até a recuperação.<sup>25</sup>

No SUS, costuma-se diferenciar ações e serviços de saúde, pois que, as primeiras referem-se ao ato mesmo de prestação de algum serviço, enquanto o serviço refere-se à estrutura existente, enquanto potencial para ação. Contudo há uma usual superposição, dado que são conceitos muito próximos.

Outro aspecto do SUS a ser analisado, com respeito à administração, foi o repasse de competências da União para estados e municípios, através da **descentralização**. A descentralização pode ser política ou administrativa.

A descentralização política se dá em Estados divididos em entes que têm capacidade política, ou seja, podem criar sua própria ordem jurídica. Na República Federativa do Brasil são: União, os Estados-membros, os Municípios e o Distrito Federal.<sup>26</sup> A descentralização política também é conhecida por jurídica, justamente pela possibilidade do ente descentralizado instituir sua própria ordem jurídica.

A descentralização administrativa se caracteriza pela passagem de uma função do Estado para outra pessoa jurídica, para que esta, com seu patrimônio e agentes, e com larga autonomia, realize os serviços públicos<sup>27</sup>. Isso se dá com a criação de autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, etc.

---

<sup>25</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência da Saúde – (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

<sup>26</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997. p. 102 e 103.

<sup>27</sup> MELLO, Celso Antônio Bandeira de. *Natureza e Regime Jurídico das Autarquias*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1968. p.26.

Exemplo é o antigo INAMPS, uma autarquia, pessoa jurídica diversa do ente central, vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social.

Difere da descentralização, a desconcentração administrativa, que divide as atribuições e competências dentro da mesma pessoa jurídica. É o caso da criação de departamentos, secretarias, agências, etc. Na desconcentração sempre haverá a relação de hierarquia e controle direto pelo chefe do órgão superior. As relações dos agentes públicos e dos órgãos desconcentrados, serão de subordinação.

A Constituição Federal determinou que o SUS se estruturaria pautado na diretriz da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo.”<sup>28</sup> Neste dispositivo constitucional, a descentralização referida é política, e devida à autonomia que os entes federados obtiveram pelo art. 18 da Constituição Federal de 1988. Assim cada ente federado manteve sua autonomia administrativa para melhor organizar seus órgãos e agentes, para realizar as tarefas de proteção à saúde, mas, subordinados as normas gerais da legislação federal e a legislação estadual, conforme art. 24, Inciso XII. Excepcionalmente, no art. 30, Inciso I, o município legisla nos casos de assuntos, de interesse local.

Infelizmente, na prática, os estados e municípios têm sido meros órgãos executores das políticas de saúde traçadas pelo Ministério da Saúde. Esse procedimento significa verdadeira relação de hierarquia e subordinação típica de órgãos, jamais de entes políticos que deveriam ser autônomos na execução de suas competências constitucionais<sup>29</sup>.

As resistências para que fossem colocadas em prática as diretrizes do SUS se fizeram sentir pela manifestação da IX Conferência Nacional de Saúde, de 1992, em torno do tema “municipalização é o caminho”, que concluiu por indicar que a lei deve ser cumprida.<sup>30</sup>

A Constituição Federal, no capítulo da Seguridade Social, art. 194, afirma que entre os objetivos do Poder Público para a organização da seguridade social

---

<sup>28</sup> BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Artigo 198, inciso I.

<sup>29</sup> SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997. p. 102.

<sup>30</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: o que cabe ao município*. Brasília, 1994. p.6.

está o de manter o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados”.

A legislação instituiu também, a **participação da comunidade** no SUS, nas três esferas de governo, conforme os termos dos seguintes parágrafos da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990:

§ 1º - “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º - O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.”

A participação dos usuários, nos Conselhos de Saúde, será paritária em relação aos outros segmentos que compõem os Conselhos, ou seja, 50% dos membros dos Conselhos são exclusivamente usuários.

Há que se destacar a criação e as atribuições dos Conselhos de Saúde, pois que, a sua existência é pré-requisito para que os municípios, estados e distrito federal recebam recursos das ações e serviços de saúde prestados no âmbito do SUS, conforme art. 4º da Lei 8.142/1990.

O SUS como um sistema único, integrou todos os serviços públicos de saúde (federal, estadual e municipal), prevendo o acesso universal, igualitário e com atendimento integral em todos os níveis de atenção à saúde. Contudo, dado

que o Estado não comportaria toda a estrutura necessária para o cumprimento dos dispositivos constitucionais para a assistência à saúde, a Constituição também previu a **participação da iniciativa privada** no Sistema, conforme versam os seguintes parágrafos do art. 199:

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

E, considera também, a Constituição, no seu art. 197:

“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”.

Quanto à sustentação, O SUS é financiado pelos recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais. A Emenda Constitucional nº 29, de 2000 dispõe sobre a alocação de recursos para a saúde.

E, para a transferência dos recursos financeiros da esfera federal para os Estados, municípios e Distrito Federal, o art. 35 da Lei 8.080 estabelece a combinação de critérios, ou seja:

- perfil demográfico da população
- perfil epidemiológico da população a ser coberta
- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, na área
- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior,
- níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais
- previsão do plano quinquenal de investimentos da rede
- ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.



A combinação desses critérios estabelece os valores a serem repassados para as esferas de governo correspondente, o chamado teto financeiro. Entretanto, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão também, possuir os requisitos citados no art. 4º da Lei 8.142, quais sejam:

- Fundo de Saúde
- Plano de Saúde
- Conselho de Saúde
- Relatório de Gestão
- Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento
- Comissão de elaboração de Plano de Carreira e Salários.

O não cumprimento desses requisitos, implica em que os recursos sejam administrados, pela esfera hierárquica imediatamente superior, ou seja, pelos estados ou pela União.

O artigo 3º da Lei 8.142/90, estabeleceu que o repasse dos recursos financeiros, da União para estados e municípios, devido às dificuldades de operacionalização e, enquanto não fosse regulamentado o artigo 35 da Lei nº 8.080/90, utilizasse o critério do perfil demográfico da população.

A IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, com relação ao repasse dos recursos financeiros, indicou a utilização da série histórica<sup>31</sup> de gastos dos estados e municípios, como critério para o repasse dos recursos financeiros, enquanto não fosse regulamentado o art. 35 da Lei nº 8080/90

E, para efetivar a transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde para as secretarias estaduais e municipais e para estruturar o SUS, após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, o Ministério da Saúde editou Normas Operacionais Básicas – NOB's, o que se configurou numa espécie de manual..

Além dos Conselhos de Saúde, que tem poder para deliberar, sobre a aplicação dos recursos financeiros destinados ao SUS, as secretarias estaduais e municipais de saúde ainda prestam contas, de três em três meses, em audiência pública, nas assembléias legislativas e câmaras de vereadores, respectivamente.

---

<sup>31</sup> Série histórica: média dos valores correspondentes aos serviços produzidos no período de um ano.

A NOB/SUS/93 considerou os diferentes estágios de cada município, na estruturação do SUS, criando para isso, tipos diferentes de gestão. Considerou também, as diferenças entre os municípios, capacidade e a complexidade dos serviços, deixando a cargo do estado e da União algumas atribuições, para as quais o município não pudesse se responsabilizar.

A NOB/93, também estabelece as relações entre as três esferas de governo, através de instâncias de articulação, negociação e decisão, nas quais os três gestores (ministério da saúde, secretarias municipais e estaduais de saúde) pactuarão as políticas de saúde. Essas instâncias estão configuradas da seguinte maneira:

Na esfera federal: Comissão Intergestora Tripartite – CIT, composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde, por secretários estaduais e por secretários municipais de saúde, os dois últimos indicados pelos respectivos conselhos de saúde. As decisões da tripartite são submetidas à deliberação do conselho nacional de saúde, nas matérias que são atribuições daquele Conselho.

Na esfera estadual, a Comissão Intergestora Bipartite – CIB é composta de forma paritária por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. As decisões da CIB devem ser submetidas ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Estadual de Saúde.

As reuniões dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestoras são realizadas mensalmente.

Em 1996, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional Básica - NOB/SUS/96, para dar continuidade ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Estabelece novos modelos de gestão para estados e municípios, considerando os estágios alcançados pelos municípios na construção de uma gestão plena.

Gestão, está conceituada pela NOB/SUS/96 como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou

nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria. São portanto gestores do SUS, os Secretários Municipais de Saúde, os Secretários Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, respectivamente nas suas esferas de governo.” E, conceitua gerência, como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.) que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema”.

As novas formas de gestão possibilitam aos municípios e aos estados, de acordo com o nível de gestão, receber os recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, dependendo da esfera de governo. As formas de gestão estão assim representadas:

Nos municípios: Gestão Plena do Sistema Municipal - o município é responsável por toda a assistência de saúde prestada aos seus munícipes, desde as ações básicas de saúde (ações efetivadas nos postos de saúde municipais e através dos programas especiais como por exemplo: programa da saúde da família, agente comunitário de saúde) até os serviços de maior complexidade (hospitalar, clínicas de terapia e diagnóstico), prestados, na sua maioria, pela rede complementar, formada por estabelecimentos de natureza privada. A rede privada compõe a retaguarda do sistema, por fornecer serviços que implicam em investimentos mais especializados e de alto custo, tais como recursos diagnósticos, terapêuticos, ambulatoriais, hospitalares, e de urgências e emergências. Os recursos financeiros, nesse tipo de gestão, são repassados ao fundo municipal de saúde, diretamente do fundo nacional de saúde, sem intermediação do estado.<sup>32</sup>

Gestão Plena de Atenção Básica: o município é responsável por todas as ações básicas de saúde do município. A assistência de maior complexidade fica a cargo do gestor estadual. Nesse tipo de gestão, o município recebe os recursos financeiros, referentes à assistência básica, diretamente do Ministério da Saúde –

---

<sup>32</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Site do Sistema de dados do SUS. Disponível em: <[www.datasus.gov.br/cns/temas/as\\_organizacoes\\_sociais\\_e\\_o\\_sus/htm](http://www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organizacoes_sociais_e_o_sus/htm)>. Acesso em 15/01/2002.

fundo nacional de saúde. O restante da assistência é subordinado à gestão estadual.

Para os estados também foram estabelecidas formas de gestão.

Na Gestão Avançada do Sistema Estadual, a secretaria estadual processa as informações dos serviços produzidos, de acordo com o cadastro da unidade prestadora de serviço e as envia ao Ministério da Saúde para que se efetue o pagamento, diretamente nas contas dos prestadores de serviços. Para os municípios habilitados nos tipos de gestões referidos acima, o procedimento para pagamento é o mesmo da gestão plena estadual.

Na Gestão Plena do Sistema Estadual, os estados administram os recursos financeiros a que têm direito. O Ministério deposita a verba correspondente, no fundo estadual de saúde, e esse efetua o pagamento aos municípios e prestadores de serviços, com exceção dos municípios em gestão plena do sistema municipal e o piso de atenção básica dos municípios em gestão plena da atenção básica.

Com o objetivo de implementar a regionalização da assistência, prevista na Constituição, o Ministério editou, em janeiro de 2001, a Norma Operacional da Assistência – NOAS/01/2001, ainda em fase de implantação.

Essa regionalização, se dará de forma estratégica, agrupando vários municípios de uma região do estado, de maneira que um dos municípios possua capacidade instalada de maior complexidade, englobando a assistência básica, média e de alta complexidade, servindo de referência para os municípios próximos com os quais formará uma 'regional de assistência', promovendo a integralidade do atendimento próximo a residência do usuário.

A relação de prestação de serviços dentro de cada região se dará através da PPI – Programação Pactuada e Integrada, em que os municípios acordam entre si os serviços que podem disponibilizar e os que precisarão receber. É uma

troca de serviços dentro de uma região para suprir as necessidades, de acordo com a capacidade de cada município. Esses acordos são homologados na Comissão Intergestora Bipartite e formalizados entre o governo do estado e o governo do município através das respectivas Secretarias de Saúde.

O SUS, no que se refere à assistência está assim configurado:

- Uma rede básica de saúde, composta por serviços públicos que prestam ações de atenção básica. É um conjunto de procedimentos pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para todo o território nacional, onde o usuário busca a assistência diretamente. Na linguagem usual do SUS, diz-se que é a porta de entrada do Sistema. São desenvolvidas, na sua maioria, nos postos de saúde. E, estão presentes em todos os municípios.
  
- Uma rede de média complexidade, formada por um conjunto de serviços que desenvolvem ações ambulatoriais especializadas, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, também pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Para o acesso a esses serviços, o usuário precisa de encaminhamento ou de pré-autorização do gestor do município residente. Cabe ressaltar que, exclui-se da exigência de pré-autorização ou encaminhamento, os casos de emergência. Esses são serviços que podem não estar disponíveis em todos os municípios, motivo pelo qual a relação de prestação de serviços para a cobertura da demanda da população dá-se através da PPI, já citada. Os procedimentos de média complexidade são prestados, em grande parte, pela rede privada, contratada, e, não estão presentes em todos os municípios.
  
- Uma rede de alta complexidade e custo, que engloba um conjunto de procedimentos, que exigem estrutura sofisticada para a sua

instalação. Estes serviços são pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde e são os de: Cirurgias específicas e de internações hospitalares, entre as quais, neurocirurgia, ortopedia, cardiologia, oncologia, transplantes, queimados, gastroplastia, cirurgia labiopalatal, gestante de alto risco, emergência e UTI. A política de gestão desses serviços é de responsabilidade do estado e o acesso é de responsabilidade solidária entre o estado e o Ministério da Saúde. O estado deve distribuí-lo no seu território, de maneira que eles supram a população dentro de uma região, para que o acesso não seja tão distante da residência do usuário. Esses procedimentos são prestados, na sua maioria, pela rede privada contratada, e, também não estão presentes em todos os municípios.

### **Em Santa Catarina, a rede assistencial está assim distribuída:**

#### Rede Básica de Saúde de Santa Catarina: **Serviços Ambulatoriais**

Natureza	Públicos	Privados	Filantrópicos	Universitários	Sindicais
UPS	1916	74	30	03	58

UPS: Unidade Prestadora de Serviço

Fonte: TABWIN/Secretaria de Estado da Saúde/SC. Dados de Janeiro a Junho de 2002.

O conjunto de ações e serviços de saúde desenvolvido na rede básica está presente em todos os municípios.

#### Rede de Média Complexidade de Santa Catarina: **Serviços Ambulatoriais**

Natureza	Públicos	Privados	Filantrópicos	Universitários	Sindicais
UPS	767	504	57	02	14

UPS: Unidade Prestadora de Serviço

Fonte: TABWIN/Secretaria de Estado da Saúde/SC. Dados de março de 2002.

Os serviços considerados de média complexidade não estão presentes em todos os municípios, mas tem como referência as regionais de saúde (mapa 1) e as macro-regiões (mapa 2).

Rede de Alta Complexidade de Santa Catarina: **Serviços Ambulatoriais**

Natureza	Públicos	Privados	Filantrópicos	Universitários	Sindicais
UPS	12	55	19	01	00

UPS: Unidade Prestadora de Serviço

Fonte: TABWIN/Secretaria de Estado da Saúde/SC. Dados de março de 2002.

As ações e serviços de alta complexidade não estão presentes em todos os municípios, mas têm como referência as macro-regiões de Saúde (mapa 2).

Rede Hospitalar de Santa Catarina

Natureza	Públicos	Privados	Filantrópicos	Universitários	Sindicais
Número de Hospitais	17	62	126	09	00

UPS: Unidade Prestadora de Serviço

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde/SC. Dados de Julho de 2001.

## REGIONAIS DE SAÚDE



Mapa 1

Fonte: Plano Estadual de Saúde/SES/SC/2002

## MACRO REGIÕES DE SAÚDE



Mapa 2

Fonte: Plano Estadual de Saúde/SES/SC/2002



A assistência descrita acima, de acordo com a Norma Operacional da Assistência, deve estar distribuída e organizada em macro regiões, obedecendo ao princípio da hierarquização e a regionalização. Em Santa Catarina, ela está configurada em oito (08) macro-regiões, divididas virtualmente, que funcionam como referência de serviços que desenvolvem ações de saúde de média e alta complexidade, e, em 18 Regionais de Saúde, unidades administrativas da SES que são referência para os serviços que desenvolvem ações de média complexidade, de acordo com os mapas 1 e 2 (acima).

As restrições, existentes na assistência, dentro do SUS se dão, principalmente, pela composição da rede e pelo teto financeiro. Esses dois fatores são relevantes pois que no primeiro não há a obrigatoriedade da iniciativa privada participar do SUS, entretanto sem a sua participação os governos não dispõem de estruturas suficientes para o funcionamento do SUS e, o segundo, depende da vontade política de governos

Para controlar as ações e serviços de saúde do SUS, a mesma lei que extinguiu o INAMPS, criou o SNA – Sistema Nacional de Auditoria, no Ministério da Saúde.

As atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SNA são desenvolvidas no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais e municipais.

Em Santa Catarina, na esfera estadual, elas são desenvolvidas na sede da Secretaria de Estado da Saúde e nas sedes das 18 Regionais de Saúde, estruturas administrativas da SES, conforme divisão (mapa 1).

### 3 – CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

*Saber o que todos sabem não é saber.  
O saber começa onde os outros não  
sabem. Por isso a verdadeira ciência  
está além da ciência.*

R. de Gourmont

A assistência à saúde, até a criação do SUS, no âmbito federal, era prestada pelo Ministério da Previdência e Assistência Social através do INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O INAMPS possuía postos próprios de atendimento médico, que prestavam assistência ambulatorial, e alguns hospitais, também próprios, para executar as ações de saúde. Para complementar a sua estrutura assistencial, o INAMPS contratava hospitais privados e promovia convênios com sindicatos ou outras entidades que atuavam na área da saúde.

Havia, na estrutura do INAMPS, o setor de Controle e Avaliação, que revisava os prontuários médicos dos hospitais contratados, os boletins de produção ambulatorial de clínicas contratadas e conveniadas, previamente ao pagamento. Esse setor também realizava a Avaliação das estruturas de unidades que se propunham a serem prestadoras de serviços de saúde para o INAMPS. Não existia oficialmente a estrutura de Auditoria, embora algumas ações, impropriamente ditas de Controle e Avaliação, fossem de Auditoria.

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA, foi instituído pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que extinguiu o INAMPS e atribuiu competência, para essa função, ao Ministério da Saúde, fundamentada na Constituição Federal, Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142.

Como consequência da extinção do INAMPS, os recursos humanos, bem como as ações desenvolvidas por esse órgão do Ministério da Previdência Social passaram para o Ministério da Saúde. Com isso, houve também uma mudança da forma de pagamentos. Se antes o INAMPS pagava diretamente os prestadores de serviços, agora o Ministério da Saúde passa a pagar por intermédio dos estados e municípios, com base na descentralização do SUS, “com direção única em cada esfera de governo”.<sup>33</sup>

A descentralização, deu autonomia para estados e municípios e, portanto obrigou o governo federal a criar mecanismos de regulação e fiscalização, introduzindo o Controle, Avaliação e Auditoria no Ministério da Saúde, estados e municípios.

Embora, nas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, os seus dirigentes maiores (Ministro de Saúde, Secretário Estaduais e Municipais de Saúde) sejam os gestores, o maior executor das ações e serviços de saúde é o município, baseado no princípio constitucional da descentralização da saúde.

Essa autonomia porém, apresenta um caráter paradoxal em sua prática, dado que os estados e municípios são subordinados a todas as normas do Ministério da Saúde e às suas formas de fiscalização, regulação e pagamento. Dependendo do tipo de habilitação – Gestão Plena do Sistema Municipal ou Gestão Plena de Atenção Básica – o município recebe os recursos financeiros diretamente do Ministério da Saúde no Fundo Municipal de Saúde ou por intermédio do estado, respectivamente. No caso da Gestão Plena do Sistema Municipal, o município desfruta de certa autonomia na administração da saúde. Na Gestão Plena de Atenção Básica, o município possui menor autonomia.

Para os estados, também existem essas condições de habilitação para o recebimento dos recursos financeiros. Estes, podem ser repassados do Ministério da Saúde diretamente ao Fundo Estadual de Saúde ou pagos diretamente aos prestadores de serviços, através de dados de produção, informados pelo estado.

O SUS, teve sua implantação dificultada e muitas vezes até equivocada, pela amplitude de sua abrangência (todo o território nacional) e pela necessidade constitucional de uniformização de suas diretrizes e princípios. A tentativa dos

---

<sup>33</sup> BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Inciso I, art. 198.

dirigentes, de corrigir distorções no âmbito do SUS e contemplar necessidades na área da saúde, tem como resultado, a extensa legislação editada pelo Ministério da Saúde, além da Constituição Federal, inúmeras Leis e Decretos relativos à saúde.

Uma das estruturas do SUS, implantada simultaneamente à descentralização das ações e serviços de saúde, pelo Ministério da Saúde, aos estados e municípios é o Sistema Nacional de Auditoria – SNA,<sup>34</sup> no qual estão incluídas as atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria.

A Lei nº 8.689 de 27 de julho de 1993, em seu art. 6º, consolida o SNA pelo seguinte texto: “Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o Inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”.

Em 29 de setembro de 1995, o Decreto Federal nº 1.651 regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que seu art. 2º especifica:

“O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, as atividades de:

I – Controle da execução para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II – Avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III – Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.”

E, no seu art. 5º, estabelece às competências das três esferas de governo relativas ao SNA:

“Observadas a Constituição Federal, as Constituições dos Estados-Membros e as Leis Orgânicas do Distrito Federal e dos municípios, compete ao SNA verificar, por intermédio dos órgãos que o integram:

**I – No plano federal:**

- a) a aplicação dos recursos transferidos aos Estados e municípios mediante análise dos relatórios de gestão que tratam o art. 4º, inciso IV, da Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, e o art. 5º do Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994;
- b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão;
- d) os sistemas estaduais de saúde;
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de Controle, Avaliação e Auditoria;

## **II – No plano estadual:**

- a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;
- b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;
- c) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;
- e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de Controle, Avaliação e Auditoria.

## **III – No plano municipal:**

- a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;
- b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
- c) as ações e serviços desenvolvidos por consórcio intermunicipal ao qual esteja o Município associado.”

Descritas as competências do SNA, para as três esferas de governo, passemos a descrever os conceitos de Controle, Avaliação e de Auditoria,

---

<sup>34</sup> SNA, é usado como abreviatura de Sistema Nacional de Auditoria.

conceitos estes que consistem no âmago desse trabalho, dado que partimos do pressuposto de que a teoria sustenta a prática.

Iniciando pelo Ministério da Saúde, encontramos os termos com estas concepções:

**Auditoria** como o “exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados, estão de acordo com as disposições planejadas.”<sup>35</sup>

**Controle**, como o “monitoramento de processos (normas e eventos), com o objetivo de verificar a conformidade dos padrões estabelecidos e de detectar situações de alarme que requeiram uma ação avaliativa detalhada e profunda.”<sup>36</sup>

E, **Avaliação**, como a “análise de estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia, eficiência e efetividade estabelecidos para o Sistema de Saúde.”<sup>37</sup>

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, através do Decreto Estadual nº 3.266, de 21 de outubro de 1998, conceitua:

**Auditoria** como: “o exame analítico e pericial prévio, concomitante e subsequente das ações e dos serviços de saúde prestados ao SUS, praticados por pessoas físicas e jurídicas, integrantes e participantes do SUS, em conformidade com os critérios técnico-científicos e a legislação de saúde no âmbito federal e estadual”.

**Controle** como: “a fiscalização das ações e dos serviços de saúde, prestados ao SUS, através de indicadores estabelecidos em conformidade com a legislação de saúde no âmbito federal e estadual”.

E, **Avaliação** como: “aferição da estrutura dos serviços de saúde, prestados ao SUS, dos processos aplicados e dos resultados alcançados para sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos”.

---

<sup>35</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.6.

<sup>36</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.6.

Além das conceituações, o Ministério da Saúde aborda a Auditoria, classificando-a quanto a sua forma de execução, causas geradoras e área de atuação, sem instruir sobre Controle e Avaliação.

Quanto à causa geradora da Auditoria, ela pode ser:

- ? “Regular ou Ordinária, realizada em caráter de rotina ou periódica;
- ? Especial ou Extraordinária, realizada para apurar denúncias, indícios de irregularidades, por determinação do Ministro de Estado da Saúde, outras autoridades ou para verificação de atividades específicas.”<sup>38</sup>

E, quanto à forma de execução, classifica em:

- ? Analítica, que consiste na análise de relatórios, processos e documentos e
- ? Operativa, que consiste na verificação do atendimento aos requisitos legais/normativos, através do exame direto dos fatos.<sup>39</sup>

Há um costume usual, recente, para descrever uma outra classificação da Auditoria, quanto à aplicação. Quando na execução das ações e serviços produzidos é chamada de ‘Auditoria nos serviços’; ou, na política de suas execuções, chamada de ‘Auditoria de Gestão’. Nestes termos, podemos concluir que elas se apresentam da seguinte maneira:

- ? Auditoria nos serviços: quando é realizada nas ações e serviços executados, e nas estruturas das Unidades de Serviços;
- ? Auditoria de Gestão: realizada nas Secretarias de Saúde, especificamente na gestão do sistema de saúde de cada esfera de governo (estadual e municipal). Essa Auditoria examina o Plano de Saúde, Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, os Instrumentos de

---

<sup>37</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.6.

<sup>38</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.9.

<sup>39</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.9.

Controle, Avaliação e a Auditoria e a aplicação dos recursos financeiros recebidos.

Não há especificação, em separado, nem para Controle nem para Avaliação, nos manuais do Ministério da Saúde. Além disso, também não há referências específicas, na legislação, quanto ao Controle e Avaliação. Esse fato leva a pensar que há, por consequência, uma diferenciação no grau de valorização, entre as duas atividades, em contraposição à Auditoria. Essa atitude preconceituosa gera, para com as atividades de Controle e Avaliação, junto com a imprecisão conceitual consequente, uma série de dificuldades.

O Ministério da Saúde é o responsável pela edição das normas gerais e um dos proponentes das Leis aprovadas pelo legislativo sobre a saúde, no Brasil. Assim, desde a criação do SNA, e a instrução de seu modelo, para implantação nos estados e municípios, o Controle e Avaliação estão prejudicados em suas especificidades, uma vez que são somente citados e, em geral, indiretamente.

Na prática, essa situação é evidenciada através da falta de setores específicos para Controle e Avaliação separados da Auditoria com suas respectivas atribuições. Em alguns lugares, encontram-se setores de Auditoria impropriamente chamados de Controle e Avaliação, enquanto o contrário não é encontrado. Não obstante, há também setores chamados de Auditoria, nos quais as atividades de Controle e Avaliação estão apenas subentendidas, pois são todas nominadas de Auditoria.

A indiferenciação conceitual destas atividades também gera uma maior cobrança, por parte dos dirigentes do SUS, pelas atividades de auditoria. Por exemplo, quando há uma detecção de possíveis distorções ou denúncias, a responsabilidade recai somente sobre as atividades de Auditoria e, por outro lado, nenhuma requisição é dirigida ao Controle e Avaliação, até porque elas não existem ou estão incipientes.

Na falta de maiores detalhes, referentes ao Controle e Avaliação, retornemos a Auditoria, no que concerne a sua finalidade, segundo a concepção do Ministério da Saúde.

**São finalidades da auditoria:**



- ? “Aferir a preservação dos padrões estabelecidos e proceder o levantamento de dados que permitam ao SNA conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e os gastos da atenção à saúde;
- ? Avaliar objetivamente os elementos componentes dos processos da instituição, serviço ou sistema auditado, objetivando a melhoria dos procedimentos, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos;
- ? Avaliar a qualidade, a propriedade e a efetividade dos serviços de saúde prestados à população, visando a melhoria progressiva da assistência à saúde;
- ? Produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação do usuário”.<sup>40</sup>

Em Santa Catarina, o Decreto Estadual nº 3.266, de 21 de outubro de 1998, instituiu legalmente as atividades de Controle, Avaliação e Auditoria, com as competências estabelecidas no Inciso II, do art. 5º, do Decreto Federal 1.651, já citado. Embora a instituição legal das atividades do SNA tenha ocorrido em 1998, o Estado, através da Secretaria de Saúde, já vinha executando essas atividades desde a transferência de alguns serviços, estruturas e recursos humanos do ex-INAMPS, em 1990, para a Secretária de Estado da Saúde – SES.

As atividades do SNA, em Santa Catarina, são desenvolvidas em um mesmo setor.

Existem também dois setores destinados ao processamento das internações hospitalares e ambulatoriais (informações que viabilizam o pagamento dos serviços, através da captação de dados digitalizados) que desenvolvem algumas atividades de Controle e Avaliação. Exemplo disso é o cadastro das unidades prestadoras de serviços. Devido a essa falta de especificação conceitual, não existe um desenvolvimento uniforme das atividades de Controle, Avaliação e Auditoria.

---

<sup>40</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998. p.7

A realização de atividades, assim consideradas de Auditoria, em Santa Catarina, como na maioria dos estados brasileiros, é habitual. São feitas Auditorias regulares ou ordinárias e especiais ou extraordinárias, e desenvolvem-se em duas etapas: análise documental e exame dos fatos no local do acontecimento.

Considerando que os objetos da Auditoria são recursos financeiros, estruturas físicas e funcionais, procedimentos técnicos e gestão de sistemas de saúde, as atividades de Auditoria devem ser realizadas por equipe multidisciplinar, embora nem sempre a realidade o permita.

É indicado que o relatório final de uma Auditoria consista num parecer técnico a respeito do objeto investigado, em lugar de pretender uma conclusão. Esse parecer sustenta-se na própria definição de auditor. Segundo a etimologia do termo, “auditor é um juiz encarregado da instrução da causa (citação, e audição de testemunhas, redação de atas processuais, etc), não podendo emitir sentença definitiva”.<sup>41</sup>

Há que se considerar que, ao realizar uma auditoria, deve ser levado em conta cada caso com suas peculiaridades, devendo pois, ser conduzida de uma maneira totalmente imparcial, observando o cumprimento das normas e a legislação em vigor.

Isto posto, é necessário ao auditor:

- ? Ser um grande conhecedor das normas e da legislação do SUS.
- ? Embora, saibamos que o número delas é extenso e até confuso, é ético que o profissional procure estar sempre atualizado, para evitar possíveis erros que poderão prejudicar o Prestador de Serviço, bem como o Gestor do Sistema de Saúde, do qual, atua.

Também é inerente à condição do profissional auditor:

- ? Possuir autonomia no desenvolvimento dos processos de auditoria, para que as faça com imparcialidade e sem preconceitos.
- ? Que a emissão de parecer seja fundamentado nas evidências encontradas no processo de investigação e, em conformidade com a legislação, livre de interferências e interesses outros.

Passaremos a descrever a operacionalização das Auditorias, quanto a sua aplicação, fundamentando-as nas informações obtidas em manuais, na legislação e na experiência prática. Não o faremos para as atividades de Controle e Avaliação, porque não encontramos sistematização destas atividades.

## Operacionalização de Auditoria

### 1 – Auditoria de Gestão

É a Auditoria realizada nos sistemas de saúde, nas três esferas de governo. Neste tipo de Auditoria são examinados todos elementos que compõem um sistema de saúde, desde a estrutura física e administrativa, instrumentos legais, capacidade instalada, oferta e demanda de serviços de saúde. A Auditoria de gestão fundamenta-se no cumprimento da legislação relativa às responsabilidades da esfera de governo que se está Auditando. Descreveremos aqui a Auditoria realizada no sistema de saúde municipal.

Esse tipo de Auditoria examina:

1º – A caracterização do município (população, região, densidade demográfica, principais atividades desenvolvidas no município, condição sócio-econômica, rede educacional, etc.)

2º – A Gestão do Sistema Municipal de Saúde

a – Estrutura e organização do sistema municipal (plano de carreira e cargos/recursos humanos. Lei que fixa o quadro de pessoal, distribuição dos profissionais por nível e vínculo, federal, estadual e municipal).

b – Habilitação do município para condição de gestão de saúde

---

<sup>41</sup> Enciclopédia Universal Ilustrada – Europeo-Americana. Madrid: Espasa-Calpe, 1930.

- ? Termo de habilitação conforme os estabelecidos nas Normas Operacionais em vigor;
- ? Serviços disponíveis, no município, ao SUS, na época da habilitação estão conforme série histórica e programação pactuada e integrada – PPI;
- ? Serviços de referência e contra-referência existentes na época da habilitação estão conformes aos oferecidos atualmente.

c – Conselho Municipal de saúde - CMS

- ? Ato legal de criação do CMS;
- ? Lei que nomeia os membros do Conselho e regimento interno;
- ? Atas do Conselho, atuais e ao trimestre anterior a habilitação;
- ? Ata, na qual, consta a aprovação do plano municipal de saúde e a prestação de contas pelo Fundo Municipal de saúde;
- ? Atuação dos membros do Conselho.

d – Plano Municipal de Saúde - PMS

- ? Aprovação do Plano Municipal de saúde pelo Conselho Municipal - Ata;
- ? Plano atualizado para a gestão;
- ? Plano deve atender os requisitos exigidos para a condição de gestão em que o município esteja habilitado em conformidade com a legislação e o perfil da população circunscrita;
- ? Devem constar, as quantidades dos atendimentos, os tipos de atendimentos, as metas, os programas a serem desenvolvidos, os projetos, as ações de prevenção e promoção à saúde, a área de abrangência, dentro e fora do município, de acordo com a pactuação entre os municípios e a região a que está subordinado hierarquicamente.

e – Fundo Municipal de Saúde – FMS

- ? Ato legal de criação do FMS;

- ? Demonstrativo financeiro aprovado pelo CMS;
- ? Cadastro financeiro das contas do FMS;
- ? Recursos financeiros: contabilidade, de acordo com a Lei Federal nº 4.320 (União, Estados e municípios);
- ? Receitas, conforme Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000 (fixa o limite mínimo de recursos destinados a saúde, pelo Ministério da Saúde, Estados e municípios)
- ? Licitações (Lei nº 8.666 de 21/06/1993, institui normas e contratos da administração pública).
- ? Contratos;
- ? Pagamento de pessoal, conforme Lei Complementar nº 101/2000 (responsabilidade fiscal, que limita os gastos com pessoal);
- ? Aplicação dos recursos financeiros na assistência ambulatorial, hospitalar e nos programas de saúde (saúde da família, agentes comunitários de saúde e outros).

#### f – Relatório de Gestão

- ? As ações de saúde desenvolvidas no município, programas e projetos devem constar nesse relatório;
- ? A aprovação pelo CMS;

#### g – Rede Ambulatorial do Município

- ? Número de unidades;
- ? Natureza das unidades (pública, privada, filantrópica), tipo de unidade (laboratório, clínica radiológica, ambulatório, Clínica odontológica, centros de saúde, postos de saúde, etc.);
- ? Recursos humanos disponíveis e em número compatível com a quantidade de procedimentos realizados;
- ? Programas de saúde, existentes no município;
- ? Programas de saúde em implantação;
- ? Boletins de produção de acordo com a capacidade instalada da unidade em termos de equipamentos e especialidades;

- ? Entrevistas com os usuários, se forem necessárias;
- ? Serviços de referência e contra-referência para os serviços não disponíveis no município, formalmente acordados na PPI e, estabelecidos por contrato, acordo ou outro.

#### h – Rede Hospitalar do Município

- ? Número de unidades hospitalares;
- ? Complexidade do hospital – capacidade instalada;
- ? Natureza do hospital;
- ? Número de leitos
- ? Entrevistas com os usuários, se forem necessárias;
- ? Serviços de referência e contra-referência para os serviços não disponíveis no município, formalmente acordados na PPI e estabelecido por acordo, contrato ou outro.

#### i – Controle, Avaliação e Auditoria, municipal

- ? Ato legal que cria o Controle, Avaliação e Auditoria, municipal;
- ? Composição da equipe;
- ? Controle de internação hospitalar, através da autorização prévia;
- ? Controle de procedimentos de alto custo e complexidade através da autorização prévia;
- ? Instrumentos utilizados para as atividades de Controle;
- ? Instrumentos utilizados para as atividades de Avaliação;
- ? Instrumentos utilizados para as atividades de Auditoria;
- ? Sistematização das atividades de Controle, Avaliação e Auditoria;
- ? Critérios utilizados para as autorizações de internações hospitalares e de procedimentos de alto custo e complexidade;

As Auditorias de Gestão são igualmente realizadas, pelo Ministério da saúde, nos Sistemas Estaduais e nos Sistemas Municipais, em cooperação técnica com os estados ou independente.

## **2 – Auditorias realizadas nos Serviços de Saúde**

### **a – Auditorias nas ações e serviços ambulatoriais**

Auditorias realizadas em clínicas, laboratórios, ambulatórios, consultórios médicos e odontológicos, procedimentos médicos, de enfermagem e de outros profissionais de saúde.

São examinados:

- ? Estrutura física e funcional da Unidade;
- ? Contrato da Unidade com o gestor do SUS;
- ? Cadastro da unidade;
- ? Tipo de unidade;
- ? Número de consultórios;
- ? Números de equipamentos odontológicos;
- ? Salas de cirurgias;
- ? Turno de atendimento;
- ? Serviços cadastrados na unidade;
- ? Teto físico e orçamentário por item de programação;
- ? Número de profissionais por especialidade e carga horária.
- ? Autorizações prévias dos procedimentos de alto custo e complexidade;
- ? Procedimentos realizados compatíveis com a capacidade instalada da unidade;
- ? Cobranças complementares;
- ? Entrevistas com os usuários, se forem necessárias, e
- ? Outros.

Os Sistemas de Informações que processam os dados de produção ambulatorial e hospitalar, para pagamento, estão programados de acordo com o cadastro das unidades prestadoras de serviços e com sua capacidade instalada.

Assim, o sistema só aceita que sejam pagos os procedimentos que estejam cadastrados e por aquelas entidades também cadastradas. Por esse motivo, muitos dos procedimentos cobrados erroneamente, são bloqueados previamente ao pagamento, sendo desnecessárias maiores investigações.

#### b– Auditorias nas ações e serviços hospitalares

Auditorias realizadas nas unidades físicas e nos prontuários médicos.

São examinados:

- ? Contrato do hospital com o gestor do SUS;
- ? Cadastro do hospital;
- ? Estrutura física e fluxo do hospital;
- ? Capacidade instalada do hospital (equipamentos e número de profissionais por especialidades);
- ? Prontuário médico:
  - ? Motivo da internação;
  - ? O diagnóstico;
  - ? O tratamento;
  - ? Relatório de cirurgia;
  - ? Relatório de anestesia;
  - ? Relatório de enfermagem;
  - ? Prescrição médica diária;
  - ? Solicitação e laudo de exames;
  - ? Procedimento cobrado compatível com o diagnóstico e o tratamento;
  - ? Utilização de órteses e próteses;
  - ? Utilização de procedimentos e materiais especiais;
  - ? Motivo da alta;
  - ? Período de internação compatível com o diagnóstico;
  - ? Curta permanência;
  - ? Longa permanência;
- ? Cobranças complementares;



- ? Entrevista com o usuário, se for necessário, e
- ? Outros.

Embora o objeto de pesquisa seja o Controle, Avaliação e a Auditoria do SNA do SUS, a escassa descrição sobre os dois primeiros conceitos deve-se a escassez de referências bibliográficas e a insipiência dos mesmos na prática.

Contudo, no desenvolvimento dessa pesquisa, na busca de referências para aclarar as idéias defendidas aqui, foi obtida no Ministério da Saúde a informação de que fora publicado o Decreto Federal nº 4194 de 11 de abril de 2002 que aprova as competências para cada Secretaria do Ministério da Saúde, no qual, constam separadamente o Controle e Avaliação da Auditoria, ficando o Controle e Avaliação subordinados à Secretaria de Assistência à Saúde e a Auditoria subordinada à Secretaria Executiva. Até julho de 2002, não houve edição de instruções a esse respeito, para os estados e para os municípios.

As atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria do SNA, são desenvolvidas pelas três esferas de governo: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e pelas Secretarias Municipais de Saúde, em setores específicos para esse fim. Contudo, a existência do SNA nas três esferas de governo tem gerado conflitos entre esses setores e por vezes, com o município. O município é submetido à dupla auditoria, uma realizada pelo estado e outra, pelo Ministério da Saúde.

Cabe ressaltar que o SNA é um instrumento de controle interno do SUS e não exclui o controle exercido pelos Tribunais de Contas.

## 4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

*O erro repete-se sempre na ação.  
Por causa disso se deve  
incansavelmente repetir a verdade  
em palavras.*

Goethe

*Falta de tempo é desculpa daqueles  
que perdem tempo por falta de  
métodos.*

Albert Einstein

Interessa para esse estudo discutir os limites dos conceitos de Controle, Avaliação e de Auditoria do SUS e a idéia corrente de que estas atividades constituem um conjunto de mesma natureza, dado que a prática está confusa por falta de consistência teórica.

A situação descrita até agora conforma uma controvérsia relativa a concepção de Controle, de Avaliação e de Auditoria do SNA, além do que ultrapassa os seus aspectos conceituais, no tocante à subordinação ao estado e ao Ministério da Saúde, tendo em vista que os municípios só obtiveram uma relativa autonomia com a descentralização do SUS.

Essa 'autonomia' traduz-se numa situação caracterizada pelo fato de as secretarias municipais de saúde, mesmo possuindo os seus próprios setores de Controle, Avaliação e de Auditoria e terem de se submeter à fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde, ainda estarem subordinadas ao Controle, à Avaliação e à Auditoria do Estado e, à do Ministério da Saúde, além de submeter-se ao controle externo, exercido pelos Tribunais de Contas. Essa múltipla subordinação resulta num excesso de interferências, cujos efeitos têm deixado os gestores de saúde dos municípios, muitas vezes, confusos, na tentativa de servirem a 'tantos senhores'.

O enorme número de normas, relativo ao SUS, mostra a falta de clareza, por parte dos dirigentes de saúde, tanto quanto ajuda a conformar um quadro de insegurança. Além do grande número, as normas são, por vezes, contraditórias. Essa situação agrava-se com a imprecisão dos conceitos de Controle, Avaliação e de Auditoria, geralmente indiferenciados, confusos entre si, tanto na legislação e na rara literatura a respeito do assunto, quanto na prática.

Quanto ao Controle, Avaliação e Auditoria, a Lei nº 8.080/90 estabelece, no art. 16, Inciso XIX, que cabe à direção nacional do SUS, “estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os Estados, municípios e Distrito Federal”. E, no Inciso XVII do mesmo art. – compete à direção nacional do SUS: “acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais”. Nessa descrição, a avaliação técnica e financeira do SUS não pode ser entendida senão como a própria Auditoria. Assim sendo, não fica claro porque não foi usado o termo ‘Auditoria’, se o Inciso XVII utiliza os termos controlar e avaliar?

Para os Estados, a Lei nº 8.080/90, estabelece, no inciso II do art.17, como competência: “acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde”. No inciso XI desse mesmo artigo traz também, como competência estadual: “estabelecer normas em caráter suplementar, para o Controle e Avaliação das ações e serviços de saúde”.

Não aparece nenhuma referência à Auditoria para os estados, a não ser a referência genérica no Inciso XIX do art. 16, descrito anteriormente. E, em relação ao Controle e Avaliação, estariam sendo tomados em conjunto, englobando a Auditoria? ou o verbo acompanhar é sinônimo de Auditar? Mesmo assim, restaria a questão gerada pelo título do serviço, ou seja, porque o nome de Sistema Nacional de Auditoria?

Já, para os municípios, a mesma Lei, em seu inciso I do art. 18, estabelece como competência: “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Surpreende, novamente, a falta de referência à Auditoria.

A NOB/SUS/01/96, refere-se ao Gestor do sistema municipal de saúde diretamente como sendo o: “responsável pelo Controle, pela Avaliação e pela Auditoria dos prestadores de serviços de saúde (estatais ou privados) situados em seu município”.<sup>42</sup> Aqui, a responsabilidade pelo Controle, Avaliação e Auditoria é descrita geograficamente, referindo-se ao território do município, enquanto que o Decreto nº 1651/95 estabelece que a competência do município é realizar Controle, Avaliação e Auditoria dos serviços que estejam sob sua gestão e não porque estejam no território do município. Além disso, os termos Controle, Avaliação e Auditoria estão aqui distintamente separados, conotando uma compreensão da existência de diferença conceitual entre eles.

A Instrução Normativa nº 01, de 02 de janeiro de 1998, que regulamenta as novas condições de gestão, estabelecidas pela NOB/SUS/01/96, exige, como requisitos para os municípios se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica, que apresentem “proposta de estruturação do serviço de Controle e Avaliação municipal”.<sup>43</sup> Essa mesma Instrução exige uma estruturação e um ato legal de criação do SNA municipal,<sup>44</sup> para que os municípios se habilitem à Gestão Plena do Sistema Municipal.

Se, ao mesmo tempo, as normas parecem se referir à Auditoria como sendo Controle e Avaliação, por que motivo apresentam os termos como sendo distintos? — Isso somente mostra, mais uma vez, a imprecisão conceitual, que a literatura não tem dado conta de esclarecer.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01/2001, ainda em fase de implantação, que define o processo de regionalização da assistência e atualiza critérios de habilitação para estados e municípios, somente faz menção às ações de Controle e Avaliação.<sup>45</sup>

Mais uma vez, dá a entender que a Auditoria é parte de um pretenso conjunto formado pelo Controle e pela Avaliação. Outro entendimento, ainda pior,

---

<sup>42</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS - 01/1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 nov. 1996. p.10.

<sup>43</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa – 01/98 de 02 de janeiro de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jan. 1998. Anexo 2.

<sup>44</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa – 01/98 de 02 de janeiro de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jan. 1998. Anexo 3.

<sup>45</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência da Saúde – (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Cap.II. Item II.3, nº 34. In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001.

seria de que a Auditoria está englobada dentro do Controle e Avaliação. Confirma esse quadro, a exigência da existência das atividades de Auditoria, para os municípios se habilitarem aos novos tipos de gestão, constante nos itens de responsabilidades e requisitos<sup>46</sup> desta mesma Norma.

Gilson Carvalho, comenta o item 34 da Norma Operacional citada acima, afirmando que ao falarem do Controle e Avaliação, “...fogem da polêmica que é a discussão da Auditoria, separando-se propositadamente dela”.<sup>47</sup> O seu entendimento é de que a Auditoria é distinta do Controle e da Avaliação, – no que concordamos. Contudo, parece que os elaboradores da norma entendem que a Auditoria está subsumida no conjunto ‘Controle e Avaliação’, considerando que no item 34 citam somente o Controle e Avaliação, mas nos requisitos e responsabilidades, citam a Auditoria. Nesse mesmo sentido, Gilson Carvalho, referindo-se às “normas, norminhas e normões, que nem os próprios auditores conhecem todas”, afirma duvidar “que aqueles que a ditam e fazem, conheçam profundamente as suas e as pérolas de um e outro!”<sup>48</sup>

Os vários termos citados no lugar de Controle, Avaliação e de Auditoria, ou a utilização alternada desses três termos, atribuindo ora um significado ora outro, não fazem mais do que configurar esse cipoal que se tornaram esses conceitos, na saúde.

No Ministério da Saúde não se encontram manuais de Controle e Avaliação. Somente existem manuais de Auditoria, onde a mesma é especificada nas suas funções, classificação, tipos e operacionalização.

A grande interrogação, que nos chama a atenção, é o motivo pelo qual as atividades de Controle e Avaliação fazem parte do SNA, como se as atividades de Controle e Avaliação fizessem conjunto com as de Auditoria. Há uma idéia, embutida nisso, de que essas três atividades fazem parte de um continuum hierárquico e/ou cronológico.

---

<sup>46</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência da Saúde – (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Cap.III. Item III.1.1, nº 47, letra ‘e’, dos requisitos, e nº 48 letra ‘h’. In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001.

<sup>47</sup> CARVALHO Gilson. “Comentários à NOAS 01/2001”. In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001. Disponível em: <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/gilsoncomentaNOAS.html>>. Acesso em: 07 jan. 2002.

<sup>48</sup> CARVALHO Gilson. “Comentários à NOAS 01/2001”. In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001. Disponível em: <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/gilsoncomentaNOAS.html>>. Acesso em: 07 jan. 2002.

No intuito de refletirmos a respeito das situações descritas acima, apresentaremos e discutiremos agora as informações obtidas junto aos técnicos e/ou responsáveis pelos setores de Controle, Avaliação e de Auditoria dos estados e dos municípios.

O Ministério da Saúde, desde a implantação do SNA até março de 2001, desenvolvia as atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria num mesmo setor.

Através de informações obtidas no Ministério da Saúde, constatamos que a partir de março de 2001, iniciou-se, na prática, a separação do Controle e Avaliação da Auditoria. Até julho de 2002, ainda não existia nenhuma orientação a respeito dessa nova situação.<sup>49</sup>

O Decreto Federal 4.194, de 11 de abril de 2002, estabelece essa nova situação, legalmente. A Auditoria, no nível de MS, permanece no Departamento Nacional de Auditoria/Secretaria Executiva, onde são elaboradas as normas para todos os setores de Auditoria, para estados e municípios<sup>50</sup> e o Controle e a Avaliação passaram para o Departamento de Controle e Avaliação/Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

A partir desse Decreto, obtivemos a informação de que serão expedidas instruções com as atribuições básicas dos gestores dos três níveis de governo, segundo informações do Departamento de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde.<sup>51</sup>

Entretanto, em que sentido e aspectos estas atividades foram diferenciadas, para terem sido separadas em setores distintos, ainda não temos conhecimento, dado que ainda não foram escritas.

---

<sup>49</sup> Informação obtida no Departamento Nacional de Auditoria/MS, 04/07/2002; às 15 horas, por telefone.

<sup>50</sup> BRASIL. Decreto n.º 4.194, de 11 de abril de 2002. Aprova a estrutura regional e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em:

<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/download/DEC-4194.html>>. Acesso em: 2 jul. 2002. Anexo I. art.11.

<sup>51</sup> Departamento de Controle e Avaliação/Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação. 01/07/2002. Informação via e-mail.

## Dados obtidos pelas entrevistas

### Estados

#### Estado A

As atividades de Controle e Avaliação eram desenvolvidas em setores separados da Auditoria, até janeiro/2002. Numa segunda entrevista, em julho/2002, estavam no mesmo setor, mas com atribuições específicas de Controle e Avaliação, diferenciadas da Auditoria.

As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como: *acompanhamento da regulação de internações; análise de desvios detectados em relatórios; apreciação de tetos financeiros.*

As atividades de Auditoria foram descritas como sendo: *apuração de denúncias; análises de AIH's (Autorização de Internação Hospitalar), previamente ao pagamento; Avaliação de hospitais, in loco.*

#### Estado B

*As atividades do SNA são desenvolvidas separadamente. Contudo, as atividades de Controle e Avaliação estão incipientes e, por isso são assumidas pela Auditoria.*

As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como sendo: *Avaliação dos procedimentos de atenção básica, comparando como os parâmetros e os recursos aplicados.*

As atividades de Auditoria foram descritas como sendo: *apuração de denúncias, auditoria nas gestões de sistemas, em serviços de alto custo e em programas., etc.*

#### Estado C

As atividades de Controle e Avaliação são desenvolvidas separadamente da Auditoria, em setores e atribuições.

As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como sendo: *o processamento do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar*

*(informações que viabilizam o pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, através da captação de dados de produção, de acordo com o cadastro da unidade, em disquete); realização de cadastro das unidades prestadoras de serviços; regulação de internação, através de uma central de informações criada para esse fim.*

As atividades de Auditoria foram descritas como sendo: *a realização de auditoria em todos os serviços próprios, contratados e de gestão. Esse setor também faz algumas atividades de Avaliação.*

#### Estado D

As atividades de Controle e Avaliação são desenvolvidas em setor separado da Auditoria.

As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como sendo: *o processamento do Sistema de Informações Ambulatorial e Hospitalar; realização de contrato e cadastro das unidades prestadoras de serviços.*

As atividades de Auditoria foram descritas como sendo: *a realização de auditoria em todos os serviços próprios, contratados e de gestão. O setor de Auditoria também assume algumas atividades de Controle e Avaliação.*

#### Estado E

As atividades de Controle e Avaliação são desenvolvidas, separadas da Auditoria, tanto em setores quanto em atribuições.

As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como sendo: *a regulação de transplantes e internações.*

As atividades de Auditoria foram descritas como sendo: *a Auditoria nos serviços produzidos pelos prestadores de serviço; Auditoria nas internações hospitalares, previamente ao pagamento; investigações de distorções detectadas nos relatórios do sistema.*

#### Estado F

As atividades de Controle, Avaliação e a Auditoria são desenvolvidas no mesmo setor, mas com atribuições de Controle e Avaliação diferenciadas da Auditoria. Informa que o Ministério tem proposta de que separem.



As atividades de Controle e Avaliação foram descritas como sendo: *a comparação da média da produção entre os municípios.*

As atividades de Auditoria são descritas como sendo *a apuração de denúncias e das distorções detectadas pelas atividades de Controle e Avaliação.*

#### Estado G

As atividades de Controle e Avaliação são desenvolvidas em setor separado da Auditoria.

As atividades descritas como de Controle e Avaliação foram: *análise de relatórios de produção; avaliação de estruturas de estabelecimento de saúde; entrevistas com usuários.*

As atividades de Auditoria foram descritas como: *apuração de denúncias; auditoria de gestão.*

#### Municípios

As entrevistas foram realizadas somente nos municípios de Santa Catarina. Em todos os sete, a situação mostrou-se semelhante. O mesmo setor realiza as atividades, consideradas por eles mesmos, de Controle, Avaliação e Auditoria. Por exemplo, pré-autorização de internações, de procedimentos, análise da produção dos serviços ambulatoriais, análise de internações, etc.

#### **Análise dos dados**

Os nomes atribuídos aos setores que realizam essas três atividades são muito diferentes nos vários estados. Por exemplo, chamam os setores que as realizam, somente de “Controle e Avaliação”, embora executem atividades de auditoria também, quando não exclusivamente.

Alguns estados chamam os setores que processam as informações ambulatoriais – SIA/SUS e as informações hospitalares – SIH/SUS, de Controle e

Avaliação. Talvez, pelo fato de que os relatórios produzidos a partir do processamento dessas informações facilitem as atividades de Controle e Avaliação.

Alguns setores não diferenciam as três atividades, nem conceitualmente nem em suas prerrogativas práticas. Quase todos referem as atribuições como sendo o objeto da aplicação. Perguntados sobre o que são as atividades, respondem onde as realizam. Além disso, nota-se uma tendência generalizada por definirem as palavras por elas mesmas.

Pôde-se notar, quanto à proposição do Ministério da Saúde, de separar essas três atividades, um certo desconforto em alguns estados, o que acarretaria, talvez como efeito, a separação também dos setores. Tal desconforto tem fundamento, se pensarmos que a separação criaria uma situação na qual os conceitos teriam, obrigatoriamente de ser entendidos de forma diferente. A união física dos setores parece encobrir essa confusão conceitual. Uma separação implicaria no desenvolvimento de atividades de Controle e Avaliação, de modo que estas se mostrariam como atividades complexas, minuciosas, constantes e volumosas, considerando que se baseiam em relatórios de produção do SUS, da satisfação do usuário e das demandas dos serviços.

Esta é uma mostra de como estes conceitos são concebidos de formas diferentes, nos próprios setores do SUS, por influência também da legislação respectiva e em cuja prática nota-se os efeitos diferenciais.

As atividades de Controle e Avaliação deveriam ser revistas, estudadas e sistematizadas, pelo fato de que seus resultados contribuem para o planejamento e o gerenciamento do SUS, pois são atividades de caráter preventivo e de regulação.<sup>52</sup>

Já a Auditoria se caracteriza como uma atividade de fiscalização por ser de execução pós-fato, e seu status mais elevado que as outras duas atividades, talvez encontre razão no retorno imediato dos seus resultados, através de ressarcimento financeiro de serviços cobrados indevidamente. Esse imediatismo parece retirar o caráter de importância das atividades de Controle e Avaliação, cujos efeitos mais abrangentes ocorrem a médio e longo prazo.

Desse modo vamos descrever esses três termos que representam as atividades do SNA.

O termo 'controle', antes de ser um conceito no âmbito da saúde, é uma palavra de uso comum cujo sentido coloquial precedente o faz chegar à saúde, já de forma contaminada. Tal sentido coloquial continua sendo empregado comumente pelos profissionais de saúde, junto com sua forma conceitual, fato que parece contribuir para a imprecisão dos três conceitos.<sup>53</sup> Exemplo disso aparece no que Lenir dos Santos<sup>54</sup> afirma ser o SNA: “um sistema de controle interno que compete a cada unidade federativa”. Contudo, o uso do termo 'controle' nesta frase é apenas coloquial e não tem nenhum caráter de conceito, portanto significa o “ato, efeito ou poder de controlar, ter o domínio”, segundo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira.<sup>55</sup>

Outra situação também comum, é o emprego do termo 'Auditoria', sinonimizado ao Controle e Avaliação, tomados em conjunto, como se esse conjunto incluísse a Auditoria. Por outro lado, às vezes, conformam um conjunto com os termos 'Controle e Avaliação' indiferenciando-os entre si. Assim, ficam confusos os três conceitos.

Podemos notar que os autores, e por vezes até as leis e normas, ora juntam, ora separam os conceitos de Controle, Avaliação e de Auditoria.

Contudo, encontramos uma exceção no Decreto Federal nº 1651, que inclui nas atividades do SNA, o Controle, Avaliação e Auditoria, separadamente e com atribuições distintas. Embora, ainda insista em que o Controle e Avaliação estejam englobados num sistema que se chama – Sistema Nacional de Auditoria – cujas atribuições das três atividades sejam diferentes, tanto na função quanto na atuação delas de forma cronológica.

---

<sup>52</sup> O verbo regular é usado, como verbo transitivo direto, no sentido de: dirigir, ajustar, estabelecer regras, encaminhar conforme a lei. Cf. DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

<sup>53</sup> Por motivos de diferenciação, usaremos o termo controle, em seu sentido coloquial, com letra minúscula, enquanto o conceito, objeto desse estudo, usaremos com letra maiúscula

<sup>54</sup> SANTOS, Lenir. “Repasse de recursos”. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/lista\\_tit\\_not.cfm?id\\_subass=187](http://www.idisa.org.br/lista_tit_not.cfm?id_subass=187)>. Acesso em 09/07/2001.

<sup>55</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

Segundo Minayo, os conceitos são construções de sentido; servem para ordenar os objetos e os processos e fixar melhor o limite do que deve ou não ser examinado e construído. Na sua função pragmática, deve ser operativo, ou seja, capaz de sustentar uma prática.<sup>56</sup> Qualquer conhecimento é fragmentário e tem que ser construído, dado que não nos vem pronto.

Na busca de uma construção conceitual, recorreremos ao léxico.

O verbo “avaliar” significa “determinar o valor, o preço, a qualidade de, a quantidade de”.<sup>57</sup> O conceito de Avaliação, como substantivo feminino, indica a “apreciação, análise”,<sup>58</sup> e também, cômputo, estimação.<sup>59</sup>

O verbo “controlar” tem o sentido de “exercer ou manter o controle de, submeter a controle, dispor de uma maneira determinada”.<sup>60</sup> O conceito de “controle”, como substantivo masculino, quer dizer o “ato de dirigir qualquer serviço, fiscalizando-o e orientando-o do modo mais conveniente”.<sup>61</sup> E, segundo Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, “controle” é a “fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos, ou sobre produtos, etc., para que tais atividades, ou produtos, não se desviem das normas preestabelecidas”.<sup>62</sup>

Quanto à ‘Auditoria’, não se o encontra, como verbo (auditar), nos dicionários gramaticais. Seu conceito é expresso nos dicionários referindo-se aos processos de contabilidade e de economia e não aos procedimentos específicos de saúde. Assim expresso, o conceito envolveria apenas uma parte da fiscalização, aquela referente aos recursos financeiros.

---

<sup>56</sup> MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 20.

<sup>57</sup> BORBA, Francisco da Silva; LONGO, Beatriz de Oliveira. *Dicionário gramatical de verbos do português contemporâneo do Brasil*. São Paulo: UNESP, 1990.

<sup>58</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

<sup>59</sup> MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

<sup>60</sup> BORBA, Francisco da Silva; LONGO, Beatriz de Oliveira. *Dicionário gramatical de verbos do português contemporâneo do Brasil*. São Paulo: UNESP, 1990.

<sup>61</sup> MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

<sup>62</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

Desse modo, temos 'Auditoria', como "cargo de auditor"<sup>63</sup> ou, na área de economia, como "exame analítico minucioso da contabilidade de uma empresa ou instituição".<sup>64</sup> No Dicionário Aurélio, Também como "cargo de auditor"<sup>65</sup> e, na contabilidade: "exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, desde o início até o balanço; auditoria".<sup>66</sup>

Comparando os conceitos, a partir dos dicionários, com os conceitos estabelecidos nas leis e normas da saúde e alguns exemplos e experiências práticas, quanto às três atividades do SNA, somos de opinião que:

**As atividades de Controle** se constituem na aplicação de critérios e parâmetros que visem a cobertura das necessidades de saúde da população, de acordo com os recursos financeiros disponíveis. **E, deveriam ser executadas anteriormente aos acontecimentos, à execução, ao feito.** O Controle assim, conota uma ação de regulação.

**As atividades de Avaliação**, por outro lado, calculam a qualidade e a quantidade das ações e serviços, confrontam resultados com os critérios e os parâmetros pré-estabelecidos e objetivam sobretudo o impacto das ações de saúde implementadas. Sua execução abrange o tempo anterior, durante e o posterior ao fato. Essas atividades subsidiam o planejamento de novas ações de saúde e funcionam como o feedback do Controle. A Avaliação assim, conota uma ação de regulação.

A ausência das atividades de Avaliação, como um conceito distinto, pode apresentar uma falsa concepção de que os mecanismos de Controle são eficazes por si só e que os parâmetros estabelecidos estão sendo suficientes para satisfazer as exigências legais e de qualidade.

---

<sup>63</sup> MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

<sup>64</sup> MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

<sup>65</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

<sup>66</sup> DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

**Já a Auditoria** é a verificação da conformidade das ações e serviços executados com a legislação e com os aspectos técnicos. Assim, por definição, esta deve ser realizada posterior os acontecimentos, ao feito, à execução. A Auditoria, assim, conota uma ação de fiscalização.

De acordo com o Decreto 1.651/95, a Auditoria é feita através do exame analítico e pericial. Note-se que uma perícia só se realiza após o acontecimento do fato.

Além das diferenças nos fundamentos destas três atividades, a questão cronológica delimita, com precisão, as atribuições do Controle e da Auditoria. Contudo, e por isso mesmo não deveriam estar englobadas no SNA.

Essa discussão nos mostra que as atividades de Controle e Avaliação exercem papel de caráter de regulação no SUS, enquanto a Auditoria exerce atividade de fiscalização, sendo portanto, incompatíveis. Desse modo não deveriam formar conjunto como atividades do SNA.

As atividades de Auditoria, como o próprio nome já exhibe, devem formar somente o Sistema Nacional de Auditoria. E, o Controle e Avaliação poderiam formar, em conjunto, um outro setor.

As controvérsias existentes, tanto na prática quanto na teoria e na legislação configuram um quadro irresoluto dos serviços nesta área. Considerando esse quadro, poderíamos fazer algumas sugestões, relativas às atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria.

## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

*Nada mais prático do que uma boa teoria.*

Kurt Lewin

*Contra o positivismo, que pára perante os fenômenos e diz: 'há apenas fatos', eu digo: 'ao contrário, fatos é o que não há; há apenas interpretações'.*

Nietzsche

No caminho percorrido até aqui, constatamos que as atividades do SNA – Controle, Avaliação e a Auditoria –, no que se refere à estruturação física, não apresentam uma uniformidade, algumas são desenvolvidas em um mesmo setor, outras em setores separados.

As imprecisões conceituais estão presentes na legislação, nos manuais e nas estruturações dos SNA's com reflexos na prática. Esta heterogeneidade dos conceitos apareceu desde a implantação das atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria do SNA, nos estados e municípios. Estes, basearam-se no modelo do SNA do Ministério da Saúde, mas com redação própria em cada esfera de governo. Assim, cada um construiu seu conceito e estruturou as atividades com base num entendimento muito particular. Os limites entre elas também estão pouco nítidos, tanto que atividades de Controle e Avaliação são nominadas de Auditoria e atividades de Auditoria, nominadas de Controle e Avaliação. Isto se estende à identificação dos setores onde funcionam os SNA's, que em alguns lugares são chamados somente de Controle e Avaliação.

Por conta da imprecisão conceitual e de um entendimento diferenciado, da legislação, a compreensão das atribuições de cada uma das atividades também está prejudicada.

A situação encontrada nos SNA's, mostra que as atividades, ao serem consideradas de Auditoria, ganham lugar de destaque enquanto ao serem consideradas de Controle ou de Avaliação, passam a um segundo plano.

Coincidentemente, as atividades de Auditoria, mesmo que imprecisamente concebidas, têm objeto concreto, pois sua atuação incide sobre o fato consumado, enquanto para as atividades, principalmente do Controle, embora o objeto seja o mesmo, se refere ao ato que ainda não foi executado. Daí que a denominação englobe tudo, por vezes, como 'Auditoria', supervalorizando-a.

Outro fato que destacou a Auditoria, parece ser o nome Sistema Nacional de Auditoria, que ofuscou as duas outras atividades, como se formassem um conjunto sob o nome de Auditoria.

Para explicar um fenômeno ou um processo, construímos teorias. O investigador separa e recorta determinados aspectos da realidade para trabalhá-los, buscando conexão sistemática entre eles. A teoria é uma especulação de que nos servimos nesse processo, como um sistema organizado de proposições, que orientam a obtenção de dados e a análise dos mesmos, e de conceitos, que procuram veicular seu sentido.<sup>67</sup> De início, a atividade científica consiste na descrição dos fenômenos, classificação e correlação. As idéias – que depois se tornarão conceitos – devem, de início, possuir certo grau de indefinição. Rigorosamente falando, elas são da natureza das convenções – embora tudo dependa de não serem arbitrariamente escolhidas, mas determinadas por terem relações significativas com o material empírico, relações que parecemos sentir antes de podermos reconhecê-las e determiná-las claramente. Só depois de uma investigação mais completa do campo de observação, somos capazes de formular conceitos, com exatidão progressivamente maior, modificando-os de forma a se tornarem úteis e coerentes. Então, na realidade, talvez tenha chegado o momento de confiná-los em definições. O avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições.<sup>68</sup>

Foi assim que o resultado dessa pesquisa, sobre o Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, nos proporcionou um novo entendimento sobre essas atividades. A partir da diferenciação dos conceitos, construída ao longo desse

---

<sup>67</sup> MINAYO, M. C. (Org.) *Pesquisa Social*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p.18 e 19.



percurso, constata-se a distinção das atribuições de cada atividade e, por conseguinte, que elas não fazem conjunto, sendo até mesmo incompatíveis.

A Auditoria tem uma **atuação direta na realidade**, quando as informações já adquiriram o status de fato. Seu objeto é a atividade já concluída, o feito, o executado, e, possui portanto, **um caráter de fiscalização**.

As atividades de Auditoria devem estar voltadas exclusivamente para a fiscalização das ações e serviços de saúde do SUS, com a finalidade de verificar a conformidade com a legislação e aspectos técnicos. E, atuar em todas as ações e serviços prestados no âmbito do SUS, porém a sua atuação deveria se limitar cronologicamente, atuando somente após o feito.

Em contraposição à Auditoria, as atividades do Controle possuem um **caráter simbólico**, pois atuam sobre o que ainda não foi executado. As atividades precisam ser criadas ou estabelecidas, uma vez que se baseiam em parâmetros e critérios. E, para que as ações e serviços de saúde possam cobrir a população usuária e caibam dentro do teto financeiro<sup>69</sup> da esfera correspondente é necessário que haja parâmetros e critérios para a oferta e a distribuição dessas ações e serviços. Por essas características, **o Controle é uma atividade reguladora**.

As atividades do Controle configuram um conjunto com as atividades de Avaliação que, através de informações, comparam as metas com os parâmetros e os critérios pré-estabelecidos e o impacto de ações de saúde implantadas e implementadas.

Uma questão que permeou todo o desenvolvimento deste trabalho foi do porquê o Controle e Avaliação terem sido englobados no SNA?

O Controle e a Avaliação conotam atividades de regulação e de planejamento das ações e serviços de saúde. E, como tais, não deveriam fazer conjunto com a Auditoria, nem deveriam funcionar nos mesmos setores e não deveriam estar englobadas no SNA.

Nos parece que o SNA deva ser destinado exclusivamente às atividades de Auditoria, e atuar nas ações e serviços já executados, com caráter fiscalizador.

---

<sup>68</sup> FREUD, Sigmund. “Os Instintos e suas Vicissitudes”. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 137-139.

Ela não pode ser de orientação nem educativa, a não ser como aquisição de experiência para o 'não fazer de novo'.

A rede assistencial do SUS é composta pelos serviços públicos de saúde, complementada pela iniciativa privada. Os serviços privados representam números significativos e sujeitos à fiscalização pelo poder público. Por exemplo, o estado de Santa Catarina conta, em sua rede hospitalar do SUS, com 214 hospitais, sendo 26 (12,15%) públicos e 188 (87,85%) privados. Aproximadamente oito unidades hospitalares privadas do estado, não estão vinculadas ao SUS.<sup>70</sup> Já no plano nacional, a rede hospitalar privada é de 75% do total da rede que presta serviços ao SUS.<sup>71</sup> A chamada complementação privada mostra-se maior do que a composição pública.

Embora a participação da iniciativa privada na composição da rede assistencial do SUS seja significativa, o incremento crescente de ações e serviços públicos, principalmente, relativos a programas de promoção à saúde, exigem o desenvolvimento das atividades de Controle e Avaliação.

Na esfera federal, no Ministério da Saúde, o Controle e Avaliação já estão separados da Auditoria, em setores distintos. Embora não existam ainda instruções para esta nova realidade, este fato conota que o entendimento deles, a respeito destas atividades, parece vir de encontro à discussão desse estudo.

Como o SUS está tendo sua consolidação gradativa, é normal que, estas atividades estejam sendo revistas hoje, como também tantas outras estruturas integrantes do SUS estão continuamente sendo avaliadas nas reuniões das Comissões Intergestores, dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

Muitos serviços e programas de saúde existentes no SUS foram implantados ao longo desses 12 anos e, mais ainda, recentemente.

Decorrentes do incremento de diferentes serviços de promoção à saúde no SUS, e especialmente, nas esferas públicas de governo, há necessidade de que as atividades de Controle e Avaliação sejam desenvolvidas, pelo caráter preventivo e de regulação que possuem.

---

<sup>69</sup> Teto Financeiro é o montante de recurso financeiro destinado ao SUS em uma esfera de governo.

<sup>70</sup> Dados obtidos na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em 09/07/2001.

<sup>71</sup> VECINA NETO, G. "Evolução e Perspectivas da Assistência à Saúde no Brasil". In: FERNANDES, A. T. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. Vol 2. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1616. Fonte IBGE, dados de 1992.

Um outro fato presente é a concretização das diretrizes de regionalização e hierarquização dos serviços do SUS, ainda em fase de implantação. Essa nova configuração exige o desenvolvimento das atividades de Controle, tanto para o estabelecimento da configuração da regional da assistência quanto para o redimensionamento dos serviços, quando for conveniente e necessário.

O Controle e Avaliação trabalham conjuntamente, sendo as atividades de Avaliação o feedback das atividades do Controle. A ausência da Avaliação pode apresentar uma falsa concepção de que os mecanismos de Controle são eficazes e que os parâmetros estabelecidos estão sendo suficientes.

As atividades do Controle têm um caráter preventivo que dão suporte para um planejamento – função indispensável nas gestões de sistemas de saúde – que, em conjunto com as atividades de Avaliação, subsidiam o redimensionamento de recursos, os investimentos e a adoção de medidas que propiciam a satisfação do usuário, além de facilitarem o equacionamento entre a oferta e a demanda dos serviços.

Fazendo uso de um dito popular, podemos dizer que “é melhor prevenir que remediar”, dado que, em termos gerais, as ações de reparos são mais lentas e mais caras do que as de prevenção, sem contar que equivalem ao ‘fazer de novo’.

Essas atividades de Controle e Avaliação deveriam estar conformadas em um setor específico com equipe também específica e multidisciplinar. A elaboração de parâmetros para distribuição dos serviços, critérios para estabelecimentos de novos serviços e autorizações para a realização de procedimentos, necessitam, além de um conhecimento burocrático e administrativo, de conhecimento técnico-científico.

São vários os instrumentos que podem dar sustentação as atividades do Controle: a legislação vigente; perfil epidemiológico da população; parâmetros de saúde, critérios técnico-científicos; cadastro da rede de saúde; contrato dos diversos tipos de serviços; população e o teto financeiro da esfera correspondente, etc.

A Avaliação fundamenta suas atividades através dos relatórios extraídos do sistema de informação do SUS, onde são computados todos os dados relativos à produção dos serviços de saúde, comparando-os com os parâmetros, critérios e

cadastros das Unidades Prestadoras de Serviços. Elas objetivam, sobretudo, o impacto das ações de saúde implementadas. Podem ser medidas através de entrevistas com usuários, no sentido de estimar o nível de satisfação com a oferta e a qualidade dos serviços prestados; os seus resultados nas reduções de internações, de consultas, e de procedimentos centrados na doença.

A *Quinta Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde*, realizada na cidade do México no ano de 2000, concluiu que “a promoção da saúde deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca da equidade e melhor saúde para todos e preconizam como ações de promoção à saúde, a identificação das prioridades de saúde e estabelecimentos de políticas e programas públicos para implantá-los”.<sup>72</sup>

Nos resultados obtidos através das atividades da Avaliação, as ações de saúde podem ser redimensionadas e direcionadas para o campo de prevenção e especificamente para a promoção de saúde. Por esse motivo, diz-se que elas subsidiam as ações de gerenciamento de um sistema de saúde.

Os resultados alcançados com o desenvolvimento das atividades do Controle e da Avaliação também indicam a necessidade de realizar ou não Auditorias, pela detecção de possíveis distorções ou pela ausência das metas preconizadas.

As atividades de Controle, Avaliação e de Auditoria são distintas. Cada uma delas tem sua função específica e sua relevância para a fiscalização e a regulação das ações e serviços desenvolvidos no SUS. Estas atividades contribuem para a manutenção da qualidade das ações e serviços, como também para o equacionamento da aplicação dos recursos financeiros.

Porém, elas não solucionam as deficiências do SUS, até porque as deficiências são estruturais e de financiamento. Os governos não dispõem de estruturas para desenvolver todas as ações e os serviços de saúde e dependem da iniciativa privada para complementar a sua rede assistencial. E, quanto ao financiamento, as esferas governamentais estão subordinadas a um teto financeiro.

Os conselhos de saúde, em todas as esferas de governo, acompanham e fiscalizam a aplicação dos recursos financeiros e estipulam as prioridades de

políticas de saúde. Especificamente, as atividades de Auditoria, como atividade fiscalizadora contribui pouco para a melhoria da assistência no SUS, considerando que já existem tantos outros “controladores”.

Já, as atividades de Controle e Avaliação, com suas conotações de regulação, planejamento e de gerenciamento e por atuarem anteriormente aos fatos, contribuiria para a melhoria na qualidade e quantidade da assistência de saúde prestada no âmbito do SUS, de forma mais abrangente.

Fica-nos a idéia de que as atividades de Controle e Avaliação estão inadequadamente entendidas e estabelecidas no âmbito do SUS, tanto em relação as suas ações quanto ao relacionamento com as atividades de Auditoria. Quanto a Auditoria, a situação é mais favorável, embora englobe uma diversidade de atividades que ultrapassa em muito a esfera do nosso conceito de Auditoria.

Como este trabalho tratou aspectos conceituais, atribuições e controvérsias relativas às atividades de Controle, Avaliação e Auditoria do SNA do SUS, ficam algumas questões relevantes para serem analisadas futuramente. São os aspectos relacionados à descentralização e as gestões dos sistemas de saúde, relativos aos limites de atuação dessas atividades. Gestão em saúde é a atividade de administrar as ações e serviços de saúde desenvolvidos e localizados no território de uma esfera de governo? É a atividade de administrar as ações e serviços de saúde, para os quais o gestor recebe os recursos de fundo a fundo? Ou melhor, é a atividade de administrar um sistema de saúde numa esfera de governo? E o que engloba um sistema de saúde, em uma esfera de governo?

---

<sup>72</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, 2001.

## 6 – BIBLIOGRAFIA

### BIBLIOGRAFIA GERAL

ALVES, Rubem. *Filosofia da ciência: introdução ao jogo e a suas regras*. 2ª ed. São Paulo: Loyola, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração*. Rio de Janeiro, 2000.

BOBBIO, Norberto. *Estado, governo e sociedade: para uma teoria geral da política*. 4ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

DAVENPORT, Thomas H.; PRUSAK, Laurence. *Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. Tradução Lenke Peres. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DEMO, Pedro. *Metodologia científica em ciências sociais*. São Paulo: Atlas, 1989.

DI PIETRO, Maria Sylvia. *Direito administrativo*. 11ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ECO, Humberto. *Como se faz uma tese*. 15ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

ESCOREL, Sarah. *Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde e Democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997.

FLEURY, Sônia (Org.). *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FREUD, Sigmund. “Os Instintos e suas Vicissitudes”. In: *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Org.). *Saúde e sociedade no Brasil: Anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

IYDA, Massako. *Cem anos de saúde pública: a cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.

JAPIASSU, Hilton. *Introdução ao pensamento epistemológico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1972.

MÉDICI, André Cezar. *Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo: USP, 1994.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. *Curso de direito administrativo*. 11ª ed. São Paulo: Malheiros, 1999.

MELLO, Celso Antonio Bandeira de. *Natureza e Regime Jurídico das Autarquias*. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1968.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand, 1996.

NONAKA, Ikujiro; TAKEUCHI, Hirotaka. *Criação do conhecimento empresarial*. Tradução Ana Beatriz Rodrigues e Priscilla Martins Celeste. 2ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

ROSEN, George. *Uma história de saúde pública*. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira. 2ª ed. São Paulo: UNESP, 1994.

SILVA, José Afonso da. *Curso de Direito Constitucional Positivo*. 13ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

TARRIDE, Mario Ivan. *Saúde pública: uma complexidade anunciada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

VENCINA NETO, G. "Evolução e perspectivas da assistência à saúde no Brasil". In: FERNANDES, A. T. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. Vol 2. São Paulo: Atheneu, 2000.

## BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

BORBA, Francisco da Silva; LONGO, Beatriz de Oliveira. Dicionário gramatical de verbos do português contemporâneo do Brasil. São Paulo: UNESP, 1990.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional n.º 29, de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 set. 2000.

BRASIL. Decreto n.º 86.329, de 02 de setembro de 1981. Cria o CONASP.

BRASIL. Decreto n.º 94.657, de 20 de julho de 1987. Cria o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 21 jul. 1987.

BRASIL. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Decreto n.º 4.194, de 11 de abril de 2002. Aprova a estrutura regional e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/download/DEC-4194.html>>. Acesso em: 2 jul. 2002.

BRASIL. Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao ministério da educação e saúde pública. Disponível em: <<http://www.iphan.gov.br/legislac/nacionais/lei378-37.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2001.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2001.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8142.htm>>. Acesso em: 18 jun. 2001.



BRASIL. Lei n.º 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. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Projeto Promoção da Saúde*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho de Saúde*: guia de referências para a sua criação e organização.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 33, de 1992. Recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais de Saúde. dez. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundo Municipal de Saúde*: guia de referências para sua criação e organização. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Construindo o SUS*. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS - 01/1993. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS - 01/1996. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa – 01/98 de 02 de janeiro de 1998. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 jan. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência da Saúde – (NOAS-SUS 01/2001). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa – 01/2001 de 06 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa – 02/01 de 06 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência da Saúde – (NOAS-SUS 01/02). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95/GM de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483/GM de 06 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 548/GM de 12 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 16 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 627/GM de 26 de abril de 2001. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 27 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. *Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: o que cabe ao município*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Processo de Habilitação e Gestão da Saúde no Município*. Brasília, 1998.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Municipalização da Saúde*. Caderno I. Florianópolis, 1993.

BRASIL. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Regionalização da Saúde – Caderno II*. Florianópolis, 1993.

CARVALHO, Gilson. “Comentários à NOAS 01/2001”. In: Anexo da Portaria GM/MS/95 de 26/01/2001. Disponível em: <<http://igspot.ig.com.br/paulo.denis/gilsoncomentaNOAS.html>>. Acesso em: 7 jan. 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. 1986, Brasília. *Relatório final...* Brasília: [s.n], 1986. 21p.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª. *Boletim Informativo*, Brasília, n. 4, mar. 1986.

CUNHA, Antônio Geraldo. *Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

DICIONÁRIO Aurélio Eletrônico século XXI, versão 3.0: Lexikon Informática. 1999. 1 CD-ROM.

Enciclopédia Universal Ilustrada – Europeo-Americana. Madrid: Espasa-Calpe, 1930.

MICHAELIS moderno dicionário da língua portuguesa. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/michaelis/indexdic.htm>>. Acesso em: 12 jun. 2002.

SANTA CATARINA (Estado). Decreto n.º 3.266, de 21 de outubro de 1998. Institui o Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Santa Catarina, 1998.

SANTOS, Lenir. *Sistema Nacional de Auditoria: cartilha sobre auditoria no âmbito do SUS*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 1996. 93 p.

SANTOS, Lenir. *Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel das três esferas de governo no SUS*. Brasília: OPS/OMS, 1994.

SANTOS, Lenir. “Repasse de recursos”. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/lista\\_tit\\_not.cfm?id\\_subass=187](http://www.idisa.org.br/lista_tit_not.cfm?id_subass=187)>. Acesso em 09/07/2001.

## ANEXOS

Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.	p. 85
Lei Federal Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.	p. 101
Lei Federal Nº 8.689, de 27 de julho de 1993.	p. 103
Decreto Federal Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.	p. 108
Decreto Estadual Nº 3.266, de 21 de outubro de 1998.	p. 114