

Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-Graduação  
Engenharia e Gestão do Conhecimento – EGC

**LOURDES DE COSTA REMOR**

[lu@saude.sc.gov.br](mailto:lu@saude.sc.gov.br)

**AUDITORIA DE CONHECIMENTO EM SAÚDE**

Florianópolis, 17 de fevereiro de 2009

# AUDITORIA DE CONHECIMENTO EM SAÚDE

## LOURDES DE COSTA REMOR

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, da Universidade Federal de Santa Catarina, perante a banca, para obtenção do título de doutora em Engenharia e Gestão do Conhecimento.

Florianópolis, 17 de Fevereiro de 2009

---

Dr. Roberto Carlos dos Santos Pacheco  
Coordenador do Programa

## BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho  
Orientador

---

Dra. Christianne C. de S. Reinisch Coelho

---

Dr. Hugo César Hoeschl

---

Dr. Maurício Eugênio Maliska

---

Dra. Tânia D'Agostini Bueno

---

Dr. Adélcio Machado dos Santos  
Moderador

Catlogação na fonte  
**Ficha catalográfica**  
Elaborada por Angélica C. D. Miranda CRB 10/1102

R289a Remor, Lourdes de Costa

Auditoria de conhecimento em saúde.

Lourdes de Costa Remor – Florianópolis: UFSC, 2009.

126 p.

Orientador: Francisco Antonio Pereira Fialho.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia e Gestão do Conhecimento, Universidade  
Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

1. Auditoria em Saúde. 2. Auditoria de Serviços. 3. Auditoria do  
SUS. 4. Gestão do conhecimento em Auditoria. 5. Hermenêutica e  
Psicanálise. I. Título

CDU: 351.77:657.6

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais,  
Guerino de Costa, em memória, e  
Olávia Casagrande de Costa, pelo apoio e amor dedicado.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Carlos Augusto, que faz parte do meu projeto de vida e que auxiliou no desenvolvimento desse estudo.

Aos meus filhos, Alexandre e Beatriz, que dão orgulho e sentido à minha vida.

Aos meus irmãos, Luiz Guerino e Janice, que nas palavras expressas, fortaleceram o meu percurso.

Ao professor Fialho, meu orientador, que soube ensinar, dando liberdade ao meu caminhar.

Aos entrevistados, que gentilmente aceitaram participar e que colaboram com os resultados dessa pesquisa.

Aos professores, do Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento, que honram e orgulham o programa, pela competência e seriedade com que trabalham.

Aos colegas do Curso, Angélica Conceição Miranda, que andou junta em todo o percurso e se transformou em grande amiga e, Alexandre Nixton Soratto, pela amizade e contribuições feitas a esse estudo.

Aos dirigentes da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, que permitiram a realização da pesquisa.

Aos amigos da Secretária de Estado da Saúde, João Carlos Caetano e Clécio Antônio Espezim pelo apoio e incentivo.

Ao técnico da Secretaria de Estado da Saúde, Fábio de Souza, que me auxiliou na obtenção de dados.

Aos funcionários da Secretaria do Curso, Airton Santos e Michele Borges, pela paciência e colaboração.

A todos, que colaboram com essa pesquisa ou entenderam os meus contratempos.

Remor, Lourdes de Costa. Auditoria de conhecimento em saúde. Florianópolis: UFSC, 2009.126 p.

## **RESUMO**

Esta pesquisa apresenta uma proposta de utilização do relatório de auditoria no apoio à gestão. O propósito é que esteja construído para a tomada de decisão o que requer embasamento e critérios. Essas duas sustentações podem ser pensadas como agregação de valor. Os serviços, no setor de saúde, objeto da auditoria, estão estabelecidos imprecisamente no que concerne ao seu conceito e características. É dado destaque ao método da pesquisa, baseado, por um lado na hermenêutica de Habermas e Thompson e, por outro, em alguns princípios da psicanálise, que coincidam com a função de escuta e interpretação do auditor. Descreve a auditoria do Sistema Único de Saúde do Brasil, apresentando resultados generalizáveis para auditorias de serviços em geral. Contextualiza a auditoria na perspectiva da gestão de serviços de saúde e não da assistência. A partir das características, envolvidas pelo conceito de serviço e das peculiaridades da auditoria, conclui-se que a auditoria não pode ser padronizada, considerando que o seu principal objeto (serviço) também não o é.

**Palavras chave:** Auditoria em Saúde. Auditoria de Serviços. Auditoria do SUS Gestão do Conhecimento em Auditoria. Hermenêutica e Psicanálise.

## **ABSTRACT**

This research presents a proposal for the use of the audit report in support of the management. The purpose is to formulate this for decision making, which requires foundation and criteria. These two grounds can be thought as value aggregation. The services, in the section of health, the object of the audit, are established imprecisely concerning their concept and characteristics. Prominence is given to the research method, based by one side in Habermas' and Thompson's hermeneutics, and on the other, in some principles of psychoanalysis that coincide with the listening function and interpretation of the auditor. It describes the audit of Brazil's Sistema Único de Saúde, presenting results able to generalize service audits in general. It contextualizes the audit in the perspective of the management of health services and not on the assistance's. From the characteristics involved in the concept of service, and the peculiarities of the audit, it could be concluded that the audit cannot be standardized, considering that its main object (service) isn't either.

**Keywords:** Audit in Health. Service Audit. Audit of SUS. Management of the knowledge in Audit. Hermeneutic and Psychoanalysis.

## Lista de ilustrações

- Figura 1 – Mapa de SC dividido em SDRs
- Figura 2 – Mapa de SC dividido em CGRs
- Figura 3 – Competências de auditoria nas três esferas de governo
- Figura 4 – Estrutura do SNA
- Figura 5 – Processo atual de auditoria
- Figura 6 – Avaliação de serviço
- Figura 7 – Prestação de serviço
- Figura 8 – Modelo referencial da hermenêutica
- Figura 9 – Conceitos atribuídos à auditoria pelos entrevistados
- Figura 10 – Funções atribuídas à auditoria pelos entrevistados
- Figura 11 – Instrumentos que fundamentam os procedimentos de auditoria, utilizados pelos entrevistados
- Figura 12 – Instrumentos que fundamentam o relatório de auditoria, utilizados pelos entrevistados
- Figura 13 – Forma de informar o gestor sobre a auditoria, segundo os entrevistados
- Figura 14 – Utilidades das informações dos relatórios de auditoria para outros fins, segundo os técnicos
- Figura 15 – Utilidades das informações dos relatórios de auditoria para outros fins, segundo os dirigentes
- Figura 16 – Proposta de processo de auditoria
- Tabela 1 – Percentual de aplicação da EC 29/2000
- Quadro 1 – Competências da auditoria nas três esferas de governo
- Quadro 2 – Conhecimento organizacional

## Lista de siglas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões  
CARS – Centro Administrativo Regional de Saúde  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos da Saúde  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT – Comissão Intergestores Tripartite  
CGR – Colegiado de Gestão Regional  
DASP – Departamento Administrativo de Saúde Pública  
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP – Conselho Nacional de Administração Previdenciária  
DASP – Departamento Administrativo de Saúde Pública  
EC – Emenda Constitucional  
FPM – Fundo de Participação dos Municípios  
FPE – Fundo de Participação dos Estados  
GM – Gabinete do Ministro  
ICMS – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços  
IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INMETRO – Instituto de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial  
IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados  
IPTU – Imposto Predial e Territorial Urbano  
IPVA – Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores  
ITBI – Imposto sobre Transmissão de Bens Imóveis  
ITCMD – Imposto sobre Transmissão Causa Mortis e Doação de Quaisquer Bens ou Direitos  
ITR – Imposto sobre Propriedade Territorial Rural  
ISS – Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza  
MS – Ministério da Saúde  
NOAS – Norma operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
PDR – Plano Diretor de Regionalização  
PIB – Produto Interno Bruto  
PPI – Programação Pactuada e Integrada  
PSF – Programa de Saúde da Família  
SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional  
SEAUD – Serviço de Auditoria da Representação do Ministério da Saúde em Santa Catarina

SES – Secretaria de Estado da Saúde  
SESP – Serviços Especiais de Saúde Pública  
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial  
SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica  
SIH/SUS – Sistema de Informação Hospitalar  
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SNA – Sistema Nacional de Auditoria  
SISAUD – Sistema de Informação de Auditoria  
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

# SUMÁRIO

RESUMO	vi
ABSTRACT	vi
Lista de ilustrações	vii
Lista de siglas	viii
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	11
1.1 Definição do problema	11
1.2 Objetivo geral	12
1.3 Objetivos específicos	12
1.4 Justificativa	12
1.5 Adequação ao Programa de Pós-Graduação	12
1.6 Ineditismo	13
1.7 Pressupostos	13
1.8 Limitação	13
1.9 Conceitos	14
1.10 Estrutura da tese	15
CAPÍTULO 2 – CARACTERIZAÇÃO DO SUS	16
2.1 Concepção do SUS	16
2.2 Organização do SUS	30
CAPÍTULO 3 – AUDITORIA	42
3.1 Auditoria	42
3.2 Processo de auditoria	51
3.3 Revisão bibliográfica	55
CAPÍTULO 4: GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES	58
4.1 Tipos e organização do conhecimento	58
4.2 Gestão do conhecimento nas organizações de serviços	61
CAPÍTULO 5. METODOLOGIA	66
5.1 Construção do método	66
5.2 Análise dos dados	75
CAPÍTULO 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	78
6.1 Transcrição e análise das entrevistas	78
6.2 Análise documental	107
6.3 Análise geral	108
CAPÍTULO 7. PROPOSTA	110
7.1 A interpretação na auditoria	110
7.2 O relatório de auditoria	111
7.3 Conceitos de auditoria, de controle e avaliação	115
CAPÍTULO 8. CONCLUSÃO	117
8.1 Constatação dos objetivos e pressupostos	117
8.2 A auditoria em uma gestão de serviços	118
8.3 Contribuições	118
8.4 Sugestões para estudos futuros	119
REFERÊNCIAS	120

## **CAPITULO 1 – INTRODUÇÃO**

Esta pesquisa apresenta uma proposta de utilização do relatório de auditoria no apoio à gestão. O propósito é que esse relatório esteja construído para instrumentalizar a tomada de decisão. A tomada de decisão requer embasamento e critérios. Essas duas sustentações podem ser pensadas como construção de conhecimento, a qual é provocada segundo Choo (2006, p. 365) pela identificação de lacunas no conhecimento existentes na organização. Essas lacunas de conhecimento podem impedir a solução de um problema, ou a possibilidade de aproveitar uma oportunidade.

Essa pesquisa tem como objeto as implicações da gestão do conhecimento em auditorias de serviços. O Sistema Único de Saúde – SUS exerce essa função no que concerne à gestão e a auditoria dos serviços de saúde. O SUS é um sistema único e como tal, a sua organização e funcionamento é bastante similar em todo o território nacional. Desse modo, este estudo utilizará como exemplo a auditoria do SUS em Santa Catarina.

O tema surgiu da realidade vivida dentro de uma instituição de gestão de serviços de saúde. Essa vivência empírica permitiu reflexões teóricas, nas quais se percebeu que as teorias e a própria legislação, relacionadas ao tema, não conformam a prática.

### **1.1 Definição do problema**

A auditoria do SUS, tomada aqui como exemplo, está instituída nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – com o nome de “Sistema Nacional de Auditoria – SNA”.

O Decreto Federal nº 1.651, que regulamenta a auditoria, estabelece no seu art. 2º que “O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, as atividades de controle, avaliação e auditoria”.

Os conceitos de auditoria no SUS apresentam imprecisões e geram conflitos com seus similares, os de “controle e avaliação”, desde a legislação até a prática, trazida do antigo INAMPS.

Outro problema que aumenta a vulnerabilidade da auditoria é a ausência de uniformidade dos procedimentos e das especificações dos seus objetos alvo, quais sejam, os serviços de saúde. O conceito de serviço, na área da saúde, também é inespecífico.

A dificuldade em se obter uma padronização que caracterize o SUS como sistema único dá razão a que se elabore a **seguinte questão da pesquisa**: como a auditoria pode apoiar a gestão, independente da não uniformidade dos conceitos e dos seus procedimentos?

## 1.2 Objetivo geral

Instrumentalizar a auditoria para apoiar a tomada de decisão.

## 1.3 Objetivos específicos

- Levantar as funções da auditoria e as competências atribuídas a ela;
- Descrever os conceitos atribuídos à auditoria e aos serviços;
- Propor um modo de utilização do relatório da auditoria, como um instrumento de tomada de decisão, agregando valor ao seu parecer final.

## 1.4 Justificativa

Os serviços, objeto da auditoria, estão estabelecidos imprecisamente, de forma metonímica, posto que aparecem a cada vez com uma conotação diferente na literatura e na legislação do SUS.

Diferentes usos do conceito de auditoria, por parte da legislação que a normatiza, propiciam os mais diversos entendimentos.

A falta de sistematização dos procedimentos de auditoria, das especificações dos serviços de saúde e a uniformidade que deveria ser a característica, por definição, do SUS e do seu sistema de auditoria, não deveria impossibilitar a sua utilidade no apoio à gestão.

## 1.5 Adequação ao Programa de Pós-Graduação

O tema, embora seja realizado no campo da saúde, tratará da gestão de serviços e não da assistência. Desta perspectiva, este Programa de Pós-

Graduação proporciona o trânsito em várias disciplinas, necessárias a fundamentação de conhecimentos para os propósitos deste estudo.

As organizações, nas quais a auditoria está inserida, são predominantemente de gestão de serviços e é sobre essa gestão que se refere também a adequação ao programa – argumento pelo qual o gestor se obriga a saber que a prestação de serviços depende, sobretudo do conhecimento.

Devido às disparidades dos procedimentos de auditoria e a difícil padronização dos serviços, as diversas mídias podem adequar a utilização dos vários tipos de informação e comunicação.

## **1.6 Ineditismo**

A escassa literatura a respeito do tema dá razão a que se descrevam os conceitos e se levantem as atribuições para as quais a auditoria se propõe.

A proposição de agregar valor ao relatório de auditoria se constitui numa possibilidade de avanço em termos de sustentação de tomada de decisão.

## **1.7 Pressupostos**

- Acredita-se que as atribuições de auditoria equivocadas e a prática assim fundamentada sejam conseqüências das imprecisões conceituais;
- Julga-se que a proposição teórica de conceitos e suas conseqüentes denominações venham mudar a prática;
- Os gestores do SUS parecem não dar importância à auditoria;
- Considera-se que agregando valor ao relatório de auditoria essa contribuirá para a tomada de decisão e conseqüentemente à gestão.

## **1.8 Limitação**

O trabalho apresentará uma proposta de agregação de valor ao relatório da auditoria sem se comprometer com a sua implantação. Agregação de valor é o acréscimo de algo que possibilite um nível superior de valor percebido pelo usuário/ consumidor e pelo gestor (JOHNSON, 2008).

Também tem como escopo a utilização do conceito de auditoria conforme a adequação às normas e de seus vizinhos interdependentes no SUS – controle e

avaliação – por um lado, além dos serviços de saúde que constituem seu objeto, por outro.

## 1.9 Conceitos

### **Gestão:**

De acordo com a NOB/SUS/96, gestão no SUS é a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”. Portanto, são gestores do SUS, os secretários municipais de saúde, os estaduais e o Ministro, respectivamente nas suas esferas de governo. (BRASIL, 1996)

### **Conhecimento:**

O Conhecimento é “uma mistura fluida de experiência condensada, valores, informação contextual e *insight* experimentado, a qual proporciona uma estrutura para a avaliação e incorporação de novas experiências e informações. Ele tem origem e é aplicado na mente dos conhecedores. Nas organizações, ele costuma estar embutido não só em documentos ou repositórios, mas também em rotinas, processos, práticas e normas organizacionais” (DAVENPORT; PRUSAK, 1998, p.6)

### **Serviços:**

Serviços são produtos intangíveis, consumidos concomitantemente à prestação e caracterizados pela presença do cliente. Não são padronizáveis (GIANESI, 1994, p. 32).

### **Auditoria:**

Auditoria é uma atividade de verificação de conformidade (INMETRO, 2007, p.10).

### **Agregação de valor:**

Agregar valor é promover acréscimo que possibilita um nível superior de valor percebido pelo usuário/consumidor e pelo gestor (JOHNSON, 2008).

### **Tomada de decisão:**

A tomada de decisão é a ação provocada por uma situação em que é preciso fazer uma escolha. Isso implica identificar e avaliar as alternativas e suas conseqüências (CHOO, 2006, p. 367).

## **1.10 Estrutura da tese**

Esta pesquisa será dividida em 8 capítulos. O capítulo 1, referente à introdução, apresenta os objetivos, a justificativa do estudo, os pressupostos, o ineditismo da proposta, a limitação do trabalho, a adequação do tema da pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina e conceitos que permeiam todo o trabalho. O capítulo 2 caracteriza o SUS – Sistema Único de Saúde para contextualizar as competências, conceitos e a importância do tema. O capítulo 3 descreve a auditoria, as competências, conceitos e apresenta uma revisão da bibliografia no Brasil e no Exterior sobre auditoria e agregação de valor aplicada à auditoria. O capítulo 4, que aborda a gestão do conhecimento, conceitua serviços em geral e serviços de saúde especificamente, descreve a gestão do conhecimento e a sua importância para a gestão dos serviços. O capítulo 5 apresenta a metodologia utilizada para a obtenção dos conhecimentos de especialistas sobre auditoria. Utilizamos aqui a denominação de metodologia, pois construímos o método, adaptando-o, a partir do modelo da hermenêutica de Thompson (2007, p.365), aplicando também um princípio da psicanálise. Portanto, foi utilizado o método hermenêutico com auxílio da psicanálise. No capítulo 6, descreve-se a análise e discute-se os dados à luz do método proposto. O capítulo 7 apresenta os conceitos de auditoria, de controle e avaliação e de serviço e a proposta de agregação de valor para o relatório de auditoria. Por fim, o capítulo 8 conclui a tese, apresentando reflexões sobre os objetivos, os pressupostos, as contribuições e sugestões para estudos futuros.

## CAPÍTULO 2 – CARACTERIZAÇÃO DO SUS

### 2.1 Concepção do SUS

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 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, impostos que mudavam a todo momento e com altas alíquotas, sem perspectivas de desenvolvimento do comércio. Esse processo histórico foi o nascedouro do 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, fraternidade, pautados pela legalidade, que constituiria 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.

Nessa concepção, 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 (SILVA, 1997, p.116). 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.

A Revolução Industrial, iniciada na Inglaterra na primeira metade do século XVIII, 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 se tornar mais populosas, 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 pressionava pela concessão de benefícios inexistentes no modelo estatal anterior. Progressivamente os trabalhadores passam a dispor da 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 condições 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 (SILVA, 1997, p. 118). No Brasil esse modelo de Estado surge depois da denominada República do Café com Leite, em 1930, quando Getúlio Vargas, chamado “o pai dos pobres” (ESCOREL, 2000, p.35), assume o poder.

O Estado Social, ao contrário do Liberal, vai se caracterizar por um modelo político de promoção, ou seja, um modelo de *fazer* (SILVA, 1997, p. 117). 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.

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 balanças, emitia moeda (Estado Liberal). Já o Estado Social, dedicou-se a construir escolas, hospitais, ruas, contratar técnicos e realizar uma série de tarefas típicas da Administração Pública.

No Brasil, entre o período compreendido entre a Primeira República até os anos 60, descreveremos a evolução da saúde de acordo com Escorel (2000, p. 35 -122) que faz um paralelo com o contexto político. Essa autora (2000, p. 35) destaca dois feitos na área da saúde, no período que vai até 1930, na chamada República Velha ou República do Café com Leite<sup>1</sup>: o combate, por Oswaldo Cruz, às doenças infecciosas por meio do uso de vacinas e limpeza urbana. Essa mesma autora descreve que os métodos aplicados por Oswaldo Cruz,

embora eficazes, foram colocados em prática de forma tão autoritária, seguindo o modelo alemão da 'polícia médica', que conseguiu desagradar tanto os intelectuais positivistas que viam na vacina uma invasão de privacidade de seus corpos, quanto o povo que sofria as conseqüências da limpeza urbana em suas moradias e pertences que eram removidos e destruídos. Apesar de seus métodos tão controversos, não restam dúvidas de que Oswaldo Cruz introduziu os métodos científicos de combate às doenças e de pesquisa apoiando-se no Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, que mais tarde viria receber seu nome.

O segundo feito da Velha República foi a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAPs<sup>2</sup>, que se tornaria mais tarde o sistema previdenciário brasileiro.

Constata-se no Brasil, dos anos 30 até o fim do 'Estado Novo' (1937 a 1945) uma fase de desenvolvimento industrial, como também um surto de nacionalismo presente nas decisões econômicas, ampliando as organizações profissionais. Coincidiu em parte com o período em que ocorreu a 2ª Guerra Mundial.

---

<sup>1</sup> A posse de Getúlio Vargas em 1930 demarca o fim da República Velha e da chamada República do Café com Leite – a alternância de mineiros e paulistas na presidência (ESCOREL, 2000, p. 36).

<sup>2</sup> Protegidos pela Lei Eloy Chaves de 1923, os ferroviários, por serem uma categoria estratégica para o desenvolvimento nacional, foram contemplados, em cada empresa de estrada de ferro, com uma caixa de aposentadoria e pensões. (ESCOREL, 2000, p.366)

Dos anos 30 aos 50 foram criados os institutos de seguridade social, como os IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões, organizados por categorias profissionais, em substituição às Caixas de Aposentadorias e Pensões.

Em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde. Nesse Ministério a saúde ocupava uma posição subalterna no Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1934, esse Departamento integra também a assistência médico-social, mas sem poder para interferir nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, cuidando apenas de aspectos sanitários sem interferir na assistência médica. Esta, era destinada aos trabalhadores formais, que pertenciam a algum grupo organizado ou sindicato (SCOREL, 2000, p. 36-42). Aqui, inicia-se a separação entre a assistência médica e a saúde pública e/ou entre a assistência coletiva e a individual.

Embora, o Departamento Nacional de Saúde Pública não interferisse na assistência médica, foi com ele que se iniciou a organização e a uniformização dos Departamentos Estaduais de Saúde. Instalaram-se hospitais e uma rede pública de centros e postos de saúde. Neste período também, a partir de 1935, foram criadas as campanhas sanitárias (SCOREL, 2000, p. 42).

Em 1937, com a instalação do 'Estado Novo' e a concentração do poder do governo central, foi criado o Departamento Administrativo de Saúde Pública – DASP e oito Delegacias Federais de Saúde. Foram criadas também, neste mesmo ano, sob a administração de Gustavo Capanema, então Ministro da Educação e Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde – instituídas pela Lei nº 378 de 13 de janeiro, que deveriam ser realizadas a cada dois anos, com a finalidade de discutir e propor diretrizes para as políticas de saúde no Brasil. A primeira Conferência de Saúde foi realizada em 1941 (SCOREL, 2000, p. 56).

A partir da Primeira Conferência foi fortalecida a separação entre saúde pública e assistência médica. O DASP tinha a função de supervisionar os serviços locais de saúde pública e de assistência médico-social, e inspecionar os serviços federais existentes nos estados. Essas medidas do 'Estado Novo' acabam com autonomia dos estados, subordinados a um regulamento sanitário centralizado que não se adaptava às necessidades do Brasil (SCOREL, 2000, p. 55, 56).

A influência norte-americana está presente, na atenção à saúde no Brasil, desde o início do Século XX. Por meio de um convênio entre os dois países foram

criados os Serviços Especiais de Saúde que se corporificou a partir de 1942 com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP. O SESP era voltado para a assistência médica e áreas estratégicas. Nesse contexto surgiu uma geração de médicos sanitaristas. As críticas dos sanitaristas referiam-se à estrutura sofisticada e à alta qualificação do pessoal do SESP, que constituíam obstáculos a que os serviços fossem estendidos para todo o país. Há importância em destacar a formação desses sanitaristas, pois, decorrentes de suas idéias surgirão alguns movimentos no sentido de organizar a saúde. Também surgiu nesse período a idéia de saúde como ‘coisa social’ (ESCOREL, 2000, p. 56, 58, 98).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e, com ele, se fortalece a diferenciação e separação entre a saúde individual e a coletiva. (ESCOREL, 2000, p. 81).

Nos anos 60 inicia-se o movimento sanitário que resultou nas idéias advindas da 8ª Conferência de Saúde e posteriormente, na concepção do SUS.

Contudo, a 3ª Conferência de Saúde foi realizada em 1963, sendo que no discurso do Presidente da República, na abertura da Conferência, aparecem as idéias dos médicos sanitaristas que acreditavam ser a saúde resultante das condições de habitação, alimentação, educação, entre outras, e que preconizavam um modelo municipalista. (ESCOREL, 2000, p. 118 a 122). Idéias que não foram concretizadas na época, devido às mudanças abruptas nos rumos da política em 1964.

1967: Crio o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, unificando os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs.

1974: Criou o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS.

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 por meio dos hospitais públicos e privados/contratados e postos de assistência médica ambulatorial. Isso mostra que a assistência médica teve origem no sistema previdenciário brasileiro.

Com a chamada crise da Previdência, alegações de crescentes gastos com a assistência médica e com o número de aposentadorias (VECINA NETO, 2000), 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 AIHs – Autorização de Internação Hospitalar e as AIS – Ações Integradas de Saúde (GUIMARÃES; TAVARES, 1994, p 83-84). Com a AIH, institui-se uma nova maneira de pagamento da internação hospitalar, através de procedimentos codificados, com valores preestabelecidos, 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, delegadas 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 (GUIMARÃES; TAVARES, 1994, p. 83-84). O CEBES é uma entidade da sociedade civil e teve sua origem nas Universidades, principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva (ESCOREL, 2000, p.165).

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.

A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986a), convocada pelo Ministro da Saúde do Governo José Sarney, com o tema central “Saúde e

Constituinte” (TRINDADE, 2005, p.313) trouxe recomendações para a estruturação de um novo Sistema Nacional de Saúde, ampliou a discussão de aspectos já discutidos na 3ª Conferência Nacional de Saúde, inclusive no que se refere à concepção de saúde, inspirando a criação do SUS. Seu relatório final recomenda a reestruturação do Sistema Nacional 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,
  - Eqüidade no atendimento,
  - Integralidade das ações,
  - Descentralização,
- Participação da sociedade.

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” (BRASIL, 1986b).

Participaram da 8ª Conferência, organizações da sociedade civil com delegados eleitos. Teve representantes de várias organizações, cabendo citar aqui a participação das Associações de Profissionais de Saúde, do Movimento Popular em Saúde, do CEBES, da ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Movimento Sanitário (TRINDADE, 2005, p.313).

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”. (BRASIL, 2001a, p.5)

A instituição do sistema de saúde como único e público, comandado por um só Ministério e, com as mesmas diretrizes em todo o país, foi o resultado de idéias provenientes de movimentos da sociedade e, de várias tentativas políticas para o setor, das quais resultou também, uma nova concepção de saúde.

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 ao encontro dos conceitos sobre o tema que constam das Cartas de Promoção da Saúde, resultado das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

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.

Em seu art. 196 descreve “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”.

Estabelece em seu art. 198 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 existam, 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. (BRASIL, 2001b).

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, tais entes são: União, os estados-membros, os municípios e o Distrito Federal (SILVA, 1997, p.102-103). 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 (MELLO, 1968, p.26). Isso se dá com a criação de autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista, etc. 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 estruturasse pautado na diretriz da “descentralização, com direção única em cada esfera de governo. (BRASIL, 1988). 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 às normas gerais da legislação federal e à legislação estadual, conforme art. 24, Inciso XII. Excepcionalmente, no art. 30, Inciso I, o município legisla nos casos de assuntos, de interesse local.

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 (SILVA, 1997, p.102).

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 (BRASIL, 1994, p.6), referindo-se ao art. 194 da Constituição Federal, no capítulo Da Seguridade Social, que dispõe entre os objetivos do Poder Público para a organização da seguridade social o de manter o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados”.

A Constituição instituiu também, no art. 198, a **participação da comunidade** no SUS, que se dará nas três esferas de governo, conforme os

termos dos parágrafos 1º e 2º do art. 1º 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 das políticas 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 serviços, profissionais de saúde e usuários. Atua na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas 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 – federais, estaduais e municipais, 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 versa o seguinte parágrafo 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, dispõe 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, assim especificadas na Composição da Seguridade social, art. 167 da Constituição de 1988:

I – Do empregador, da empresa, da entidade, incidentes sobre:

- 1) A folha de salários e demais rendimentos do trabalho; da pessoa física que lhe preste serviços, mesmo sem vínculo empregatício;
- 2) A receita ou o faturamento;
- 3) O lucro.

II – Do trabalhador e dos demais segurados da previdência social

III – Sobre a receita de concursos de prognósticos

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000 de 13 de setembro de 2000, dispõe sobre a alocação de recursos, fixando os percentuais a serem aplicados na saúde. Com a promulgação da EC 29, em 2001, independentemente do quanto havia sido gasto em 2000, os estados deveriam aplicar em saúde 8% da arrecadação, no mínimo, e os municípios, pelo menos 8,6%. A evolução dos percentuais de vinculação para a saúde ficou assim estabelecida:

TABELA 1 – Percentuais de aplicação estipulados pela EC 29/2000

<b>PERÍODO</b>	<b>MUNICÍPIOS</b>	<b>ESTADOS</b>
2000	7,0%	7,0%
2001	8,6%	8,0%
2002	10,2%	9%
2003	11,8%	10%
2004	15%	12%

Fonte: CONASS, 2006

Esses percentuais estariam assim vinculados, nos estados:

I. Receitas de impostos estaduais – ICMS, IPVA, ITCMD (causa mortis e doação de bens e direitos);

II. Receitas de transferências da União

- Quota-parte do FPE
- Quota-parte do IPI – exportação
- Transferência Lei complementar 87/96 – Lei Kandir

III. Imposto de Renda retido na fonte

IV. Quotas receitas correntes

- Receita da dívida ativa de impostos
- Multas, juros de mora e correção monetária de impostos

Deduzem-se as transferências financeiras constitucionais e legais a municípios – 25% do ICMS; 50% do IPVA; 25% do IPI exportação (CONASS, 2006).

Para os municípios, esses percentuais estariam assim vinculados, nos municípios:

I. Receitas de impostos municipais – ISS, IPTU, ITBI

II. Receitas de transferências da União

- Quota-parte do FPM
- Quota-parte do ITR
- Transferência Lei complementar 87/96 – Lei Kandir

III. Imposto de Renda retido na fonte

IV. Receitas de transferências do Estado

- Quota-parte do ICMS
- Quota-parte do IPVA
- Quota-parte do IPI – exportação

V. Outras receitas correntes

- Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos. (CONASS, 2006)

Para a União, de 2001 a 2004, o valor a ser aplicado deveria ser a apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB – Produto Interno Bruto.

(CONASS, 2006)

Essa EC 29 ainda não está regulamentada, encontrando-se em tramitação no Congresso Nacional.

O modelo de financiamento no SUS, ou seja, as transferências de recursos se dão de forma per capita, por produção, por programação e por meio de convênios.

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 estabelecia 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 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, com relação ao repasse dos recursos financeiros, indicou a utilização da série histórica<sup>3</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.

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 dos 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.

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. Esses são alguns dos fatores pelos quais o SUS não pôde ser implantado igualmente em todo o território nacional, de forma simultânea.

## **2.2 Organização do SUS**

A partir da regulamentação do SUS, as suas diretrizes começaram a ser postas em prática. E, para estruturar e operacionalizar o SUS, o Ministério da Saúde editou Normas Operacionais Básicas – NOBs, que se configuraram numa espécie de manual.

---

<sup>3</sup> Série histórica: média dos valores correspondentes aos serviços produzidos no período de um ano.

A NOB/SUS/91, editada pelo ex-INAMPS, através da Resolução 258 de 07/01/1991, estabelece o pagamento por produção de serviços, define o número de AIH 'S – autorização de internação hospitalar para os estados.

A NOB/SUS/92, editada também pelo antigo INAMPS, através da Portaria 234 de 07/02/1992 substitui a anterior e mantém o pagamento por produção de serviços.

Em 27 de julho de 1993, foi instituído o SNA – Sistema Nacional de Auditoria pela Lei nº 8.689, atribuindo a competência para essa função ao Ministério da Saúde. Essa Lei também extinguiu o INAMPS.

NOB/SUS/93, editada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 545 de 20/05/1993, 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.

O pagamento dos serviços, para os municípios habilitados em algum tipo de gestão, previsto na NOB/01/93, é feito através de repasse fundo a fundo, isto é, fundo nacional diretamente no fundo municipal, dando maior autonomia aos municípios, fortalecendo a municipalização.

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) discutirão as políticas de saúde e pactuarão a operacionalização do SUS. 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 desse Conselho.

Na esfera estadual, a Comissão Intergestora Bipartite – CIB é composta de forma paritária por representantes da Secretaria de Estado da Saúde e

secretários municipais de saúde. As decisões da CIB devem ser submetidas ao poder deliberativo e fiscalizador dos Conselhos Estaduais de Saúde, nas matérias relativas à implantação de políticas de saúde.

A idéia da instituição desses fóruns surgiu da 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que em seu relatório, referia a necessidade de um fórum interfederativo de decisão consensual sobre questões complexas do SUS, sem o qual, não seria possível implementar no país um sistema único e descentralizado. (SANTOS, 2007, p. 49 e 55).

A NOB/SUS/93 estabelece a estrutura de Controle e Avaliação para as diversas esferas de governo. Não menciona a auditoria, mesmo porque a Lei que institui a auditoria no Ministério da Saúde é posterior à publicação dessa NOB.

Em 1996, o Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS 2.203 de 05/11/1996, editou a Norma Operacional Básica - NOB/SUS/96, para dar continuidade ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Essa NOB estabelece novos modelos de gestão para estados e municípios, considerando os estágios alcançados pelos municípios na construção de uma gestão plena, portanto fortalecendo os municípios. O pagamento continua fundo a fundo para os municípios habilitados em algum tipo de gestão e cria a modalidade de pagamento per capita para o Piso da Atenção Básica – refere-se a um elenco de serviços desenvolvidos na Rede Municipal de Saúde, para o qual o Município recebe um valor per capita multiplicado pela sua população.

É importante conceituar aqui, até por tratar-se de conceito essencial desta pesquisa, a gestão, que no âmbito do SUS, está situada, de acordo com a 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”. Portanto, são, gestores do SUS, os secretários municipais de saúde, os estaduais e o Ministro, respectivamente nas suas esferas de governo. Essa mesma NOB/SUS conceitua Gerência, como “a administração de uma unidade ou órgão de saúde – ambulatório, hospital, instituto, fundação – que se caracteriza como prestador de serviços ao SUS”.

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, agentes comunitários 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 (BRASIL, 2002a).

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 – Fundo Nacional de Saúde. O restante da assistência é subordinado à gestão estadual.

Quanto à auditoria, a NOB 96 estabelece a obrigatoriedade dessa estrutura nos municípios habilitados em gestão plena do sistema municipal e de controle e avaliação para os municípios habilitados em gestão plena da atenção básica.

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 gestão, 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 pelo total da população. O Ministério deposita o valor 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 (BRASIL, 2002b), através da Portaria GM/MS 95 de 26/01/2001 e em 27/02/2002, através da Portaria GM/MS 373 editou a NOAS/01/2002 (BRASIL, 2002c).

Essa regionalização se deu 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 referenciar e os que serão referenciados. 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 Intergestores 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 estabelecimentos de saúde públicos que prestam serviços de atenção básica. Atenção Básica refere-se ao conjunto de serviços preestabelecidos 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, organizados em muitos deles, pela estratégia de saúde da família. É importante destacar que, principalmente, na rede básica de saúde, o Ministério da Saúde vem fragmentando a atenção à saúde em grupos, especificados por faixa etária, por sexo, por etnias, por portadores de agravos e outros, embora o SUS seja um sistema, cujo princípio de acesso é universal.

- Uma rede de média complexidade, formada por um conjunto de estabelecimentos de saúde que desenvolvem serviços ambulatoriais especializadas, de apoio diagnóstico e terapêutico, de internação hospitalar, também preestabelecido pelo Ministério da Saúde. Para o acesso a esses serviços, o usuário precisa de encaminhamento ou de pré-autorização do gestor do seu município. 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 dar-se-á através da PPI, já citada.
- Uma rede de alta complexidade e custo, que engloba serviços que exigem alta tecnologia e estrutura sofisticada para a sua instalação. Estes serviços são preestabelecidos pelo Ministério da Saúde. 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-los no seu território, de maneira que atendam a população na lógica da regionalização, para que o acesso não seja tão distante da residência do usuário.

Rede de serviços de saúde, segundo (SANTOS; ANDRADE, in: CARVALHO et al, 2008, p. 37) está assim concebida:

rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão

de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária.

Ainda sobre redes, esses mesmos autores citam que o SUS, sendo um sistema único e descentralizado exige um modelo de rede na qual todos os envolvidos se interconectariam e se manteriam como unidade (SANTOS; ANDRADE, in: CARVALHO; et al, 2008, p. 23).

Em 2006, o Ministério da Saúde publica o Pacto pela Saúde que engloba três pactos: Pacto de Gestão; Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, na tentativa de reorganizar a saúde e cumprir os princípios constitucionais.

### **Pacto pela Saúde:**

O Pacto pela Saúde está estabelecido na Portaria nº. 399/GM/MS de 22/02/2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Abaixo destacamos suas características:

- Altera o modo de financiamento do custeio do SUS para cinco blocos;
- Inclui o financiamento da gestão;
- O termo de compromisso substitui o processo de habilitação;
- Cria conselhos regionais com a participação obrigatória de todos os gestores da região correspondente;
- Descentraliza processos administrativos do Ministério da Saúde para estados e municípios;
- Regionaliza territórios sanitários e não político-administrativos;
- Ênfase na superação das desigualdades de acesso e garantia da integralidade com compromissos voltados para resultados;
- Reforça o SUS como política de Estado e não de governo;
- Conclama pela defesa dos princípios fundamentais do SUS como política constitucional.

### **Pacto pela Vida:**

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da

análise de situação de saúde do país e das prioridades definidas pelas três esferas de governo. Ele substituiu as mudanças orientadas a processos operacionais por mudanças voltadas para resultados sanitários. As prioridades do Pacto pela Vida em 2006 eram voltadas para seis eixos:

- Saúde do idoso;
- Câncer do colo de útero e de mama;
- Mortalidade infantil e materna;
- Doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- Promoção da saúde com ênfase na adoção de hábitos saudáveis;
- Atenção básica à saúde.

#### **Pacto em Defesa do SUS:**

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; de defender os princípios fundamentais dessa política inscritos na Constituição Federal de 1988.

A efetivação desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, envolvendo o conjunto da sociedade brasileira. As prioridades do Pacto em defesa do SUS apresentam como ações:

- Implementar um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de: mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, a curto prazo, a regulamentação da E.C. 29/2000; garantir, em longo prazo, o incremento de recursos financeiros para a saúde; aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada um.
- Elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

#### **Pacto de Gestão**

O Pacto de Gestão estabelece competências, contribuindo para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS.

Esse Pacto parte da constatação que o Brasil é um país continental, com muitas diferenças e iniquidades regionais. Que é necessário avançar na

regionalização e descentralização do SUS, respeitando as singularidades regionais;

Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional;

Reitera a importância da participação e do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação;

Explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite: busca critérios de alocação equitativa de recursos; reforça os mecanismos de transferência fundo a fundo entre gestores; integra em grandes blocos o financiamento federal e estabelece relações contratuais entre as três esferas de governo.

#### **Eixos do Pacto de Gestão:**

Descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada e integrada; participação e controle social; gestão do trabalho e educação em saúde.

Com a edição desse Pacto foram criadas instâncias de negociação regionais – os Colegiados de Gestão Regional – CGR.

O CGR é um espaço de articulação, definição de prioridades e proposição de soluções, objetivando à atenção de saúde integral e resolutiva.

Em Santa Catarina, estado tomado como exemplo para a pesquisa, o SUS teve a sua implantação a partir de 1990, com o surgimento dos secretários municipais de saúde e, a sua organização em 1991, com a publicação das Leis estaduais nº 8.240 e 8.245 que extinguiram os sete CARS – Centro Administrativos Regionais de Saúde, o Departamento Autônomo de Saúde Pública – Órgão responsável pela assistência ambulatorial, e a Fundação Hospitalar de SC – responsável pela assistência hospitalar; centralizando-se a gestão dos serviços de saúde desses órgãos na Secretaria Estadual de Saúde (esta criada em 1970). Os CARS eram subordinados ao Departamento Autônomo de Saúde Pública. Nesse mesmo período, a competência pelos serviços de saúde do antigo INAMPS, juntamente com os funcionários da esfera federal, também foram transferidos para o estado e para os municípios. Iniciava-se a unificação da

rede pública e a municipalização da saúde no estado.

Em 1992, iniciou-se o processo de regionalização da saúde com a organização de 18 Regionais de Saúde, utilizando para isso a divisão das Associações de Municípios existentes no estado. As sedes das Associações de Municípios passaram também a ser sedes das Regionais de Saúde (ESPEZIM, 1999).

O Governo do Estado de SC, em 2003, devido a sua proposta de descentralização, por meio das Leis Complementares nº 243/2003 e 284/2005, reformulou a estrutura administrativa do Estado, criando na primeira Lei, 29 Secretarias de Desenvolvimento Regional – SDR, integrando nas diversas estruturas regionais, a representação das Secretarias Setoriais existentes no estado, entre elas, a Saúde. Na segunda Lei foi criada a 30ª SDR, constituindo em suas estruturas administrativas regionais, várias Gerências, representantes das Secretarias Setoriais, entre elas, as Gerências de Saúde, administrativamente vinculadas às SDRs e tecnicamente à Secretaria Estadual de Saúde. (SANTA CATARINA, 2006, p.19 a 21).

Dando continuidade a sua política de descentralização, o Governo do Estado de Santa Catarina editou a Lei Complementar Estadual nº 381 de 07 de maio de 2007, acrescentando à estrutura do estado mais 06 SDRs, aumentando a representação da Saúde para 36 Gerencias Regionais. Abaixo, a representação geográfica das 36 SDRs/ Gerências de Saúde Regionais.

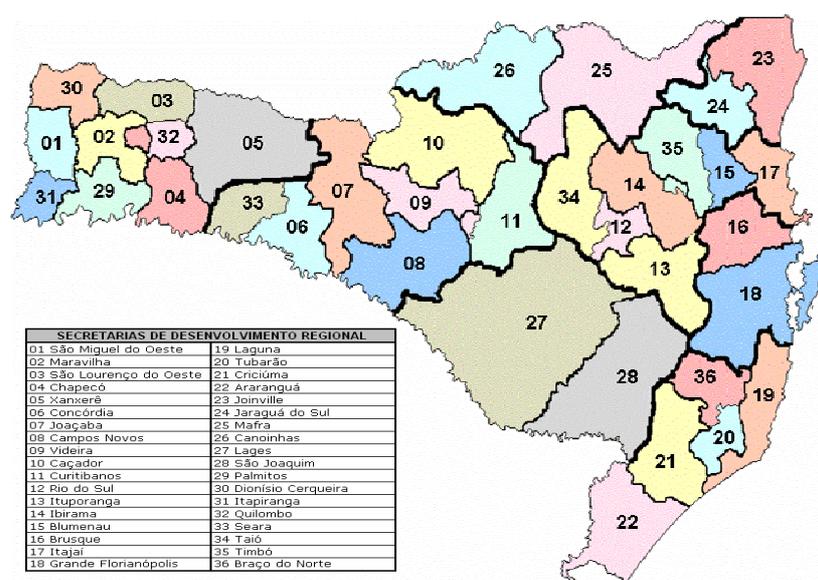


FIGURA 1: Mapa de SC dividido em SDRs  
Fonte: Adaptação: Fábio Souza (Técnico da SES/SC)

Com a edição do Pacto pela Saúde 2006, Santa Catarina foi dividida também em Colegiados de Gestão Regional – CGR. Os desenhos e a forma de organização dos CGRs, inicialmente foram baseados no Plano Diretor de Regionalização – PDR da SES/SC, 2002. A partir disso, foram feitas alterações consensuadas entre os municípios, no sentido de ajustar as singularidades regionais, resultando em 15 CGRs, número que pode ser alterado, dependendo da atualização do PDR, haja vista, que eles foram implantados nessa lógica. Abaixo o Mapa de SC com a divisão em CGRs.

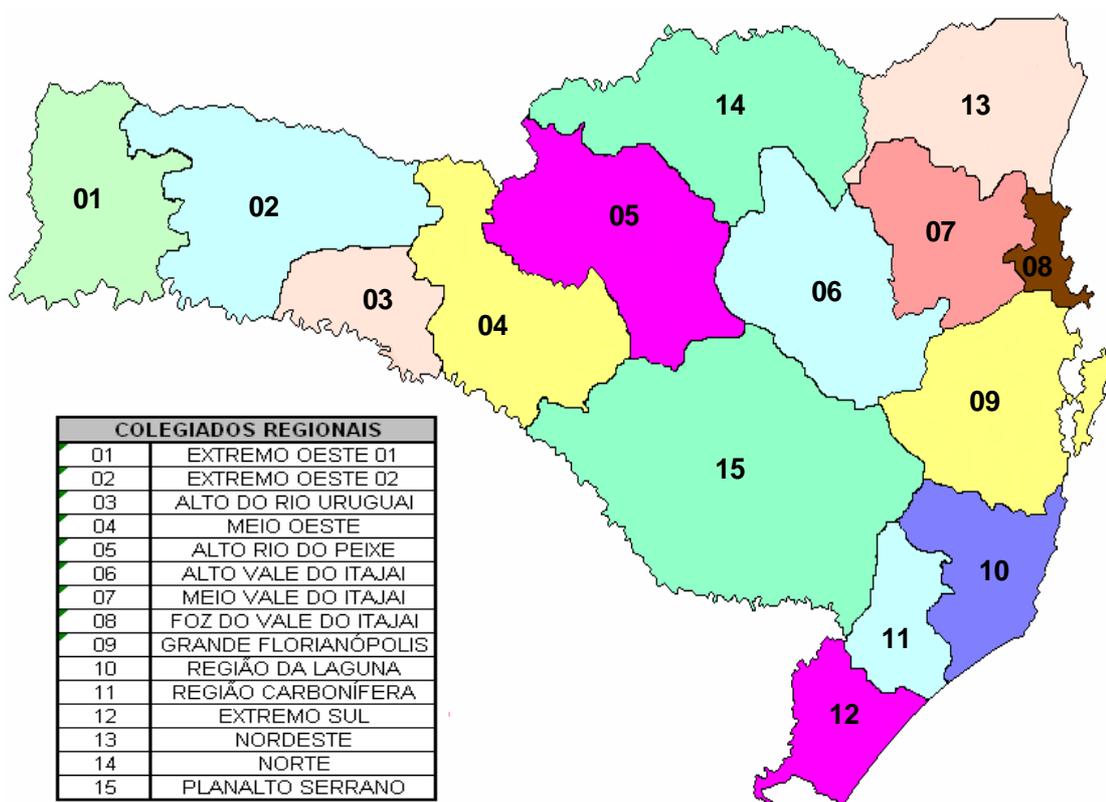


FIGURA 2: Mapa de SC dividido em CGRs  
Fonte: Adaptação: Fábio Souza (Técnico da SES/SC)

Santa Catarina, então, está dividido administrativamente, pelo Governo do Estado, em 36 SDRs, conseqüentemente, 36 Gerências de Saúde.

Do ponto de vista sanitário, através do Plano Diretor de Regionalização –

PDR, SC, até 2008, estava dividido, em 08 macro-regiões de saúde, divisão virtual. Com a revisão do PDR em 2008, a partir de 2009, SC passa a contar com 9 macro-regiões de saúde, que se caracterizam, entre outras, pela exigência em ter serviços de alta complexidade ambulatorial; possuir ou estar vinculadas a uma central de regulação. E, 21 regiões de saúde, que devem possuir, no mínimo, produção em grupos de procedimentos do bloco classificado pela PPI como de média complexidade.

E, como já foi citado, em 15 Colegiados de Gestão Regional.

A rede assistencial do SUS é composta por uma rede pública de serviços, complementada pela iniciativa privada. De acordo com 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 a uma grande parte dos serviços de média e de alta complexidade, sendo por isso, o maior alvo da fiscalização por parte dos gestores do SUS.

Esse fato, aliado à complexidade do SUS e à utilização de recursos provenientes da sociedade, sugere a importância da auditoria, de forma que os seus resultados atuem no apoio à gestão.

## CAPÍTULO 3 – AUDITORIA

### 3.1 Auditoria

Um dos pressupostos que levou à escolha do tema para a pesquisa foi a escassez da literatura, no Brasil, a respeito da auditoria do SUS e as inconsistências da legislação.

Embora, no Brasil, a literatura sobre auditoria em saúde do SUS seja escassa, há dois grandes críticos especificamente das questões de saúde pública, que são Gilson Carvalho<sup>4</sup> e Lenir Santos,<sup>5</sup> referências muito respeitadas e citadas, cujas idéias harmonizam com o escopo deste trabalho.

Na saúde, no âmbito do SUS, a auditoria foi instituída pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, a mesma Lei que extinguiu o INAMPS e atribuiu competência, para essa função, ao Ministério da Saúde. Em seu art. 6º, consolida o Sistema Nacional de Auditoria – 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 1651 regulamenta o SNA, no âmbito do Sistema Único de Saúde, e no 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

---

<sup>4</sup> Gilson Carvalho é crítico dos assuntos pertinentes ao SUS. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (1973), tem especialização em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Campinas (1982), mestrado (1995) e doutorado (2002) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1995). Atualmente é colaborador da Universidade de Taubaté, colaborador do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e pesquisador do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (IDISA). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública. Atua principalmente nos temas: legislação da saúde, financiamento da saúde, Ministério da Saúde do Brasil, financiamento público da saúde, política de saúde e sistema de saúde.

<sup>5</sup> Lenir Santos, graduada em Direito, possui livros publicados sobre o SUS. Foi procuradora da Unicamp e hoje atua na área do direito sanitário, em especial nas áreas de organização do SUS, competências, legislação, conselhos de saúde, fundos de saúde, contratos e convênios e demais aspectos administrativos e constitucionais que envolvem a implementação do SUS e o direito à saúde do cidadão. Consultora de entidades como o CONASEMS; coordenadora de projetos do IDISA. É conferencista e palestrante sobre direito sanitário, gestão do SUS, aspectos jurídicos da saúde pública e outros assuntos pertinentes ao direito à saúde.

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”.

O SNA, embora com a designação de sistema de auditoria, abrange também o controle e a avaliação. Assim a avaliação está inserida no sistema de auditoria. Todavia Bowling (2002, p.9) define avaliação como “algo mais amplo que auditoria porque tem como objetivo não só registrar as mudanças ocorridas, mas também o que conduziu a essas mudanças”. Essa autora é uma exceção, no rigor à consideração das diferenças entre os conceitos em questão.

Diferentemente da auditoria, o controle e a avaliação do SNA 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, critérios e protocolos. As atividades de controle configuram um conjunto (feedback) com as atividades de avaliação. Por essas características, o controle e a avaliação possuem caráter de regulação (REMOR, 2003, p.81-82).

O Decreto 1651/95, art. 5º, estabelece as competências para as três esferas de governo, relativas ao SNA, conforme descritas no quadro abaixo.

**QUADRO 1 – Competências da auditoria nas três esferas de governo**

Esfera federal	Esfera estadual	Esfera municipal
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;	a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios de conformidade com a legislação específica de cada unidade federada;	a) as ações e serviços estabelecidos no plano municipal de saúde;

b) as ações e serviços de saúde de abrangência nacional, em conformidade com a política nacional de saúde;	b) as ações e serviços previstos no plano estadual de saúde;	b) os serviços de saúde sob sua gestão, sejam públicos ou privados, contratados ou conveniados;
c) os serviços de saúde sob sua gestão;	c) 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.
d) os sistemas estaduais de saúde;	d) os sistemas municipais de saúde e os consórcios intermunicipais de saúde;	
e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelo órgão estadual de controle, avaliação e auditoria;	e) as ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria.	

Fonte: Decreto Federal 1651/95

As competências mostradas no quadro acima, relativas à auditoria, são repetitivas e até sobrepostas. O Decreto citado estabelece para as três esferas de governo, controlar, avaliar e auditar “serviços sob sua gestão”. Aqui as competências são atribuídas às esferas de governo pela gestão dos serviços e não pelo território. Contudo, a NOB/SUS/01/96, refere-se ao gestor do sistema municipal de saúde como o “responsável pelo controle, pela avaliação e pela auditoria dos prestadores de serviços de saúde, situados em seu município” (BRASIL, 1996, p.10). Aqui a gestão<sup>6</sup> é circunscrita geograficamente. O mesmo Decreto também atribui, como competência da esfera estadual, auditar os consórcios intermunicipais e, para a esfera municipal, auditar ações e serviços desenvolvidos nos consórcios intermunicipais a que esteja o município associado. O Consórcio não pode ser submetido a uma auditoria ou a uma avaliação sem que os seus serviços também sejam auditados.

Entendemos com base na normatização que, ora a gestão é a atividade de administrar os serviços de saúde desenvolvidos e localizados no território de uma esfera de governo, ora é a atividade de administrar os serviços, para os quais o gestor recebe os recursos financeiros (do Fundo Nacional diretamente para o

<sup>6</sup> Gestão do SUS está conceituada no capítulo 2 – Caracterização do SUS.

Fundo Municipal de Saúde). Mesmo assim, tanto os estados como o Ministério da Saúde realizam auditorias nos municípios e nos estados, independentemente da gestão que cada um possui.

Esses são os aspectos que entre outros, dificultam a execução das atividades de auditoria. A legislação é confusa e somente ela sustenta a prática, por falta de teoria.

Outro instrumento gerencial do SUS é a Programação Pactuada e Integrada – PPI que estabelece para os gestores de saúde a responsabilidade de acordarem entre si, os serviços que não estão disponíveis em seu território. Assim, o gestor municipal de saúde é responsável pela saúde de todos os seus municípios.

É importante ressaltar que o secretário de saúde, em sua esfera de governo, pode ser o gestor, mas pode não possuir o gerenciamento<sup>7</sup> do serviço, ficando com a responsabilidade de autorizar os atendimentos, mas não de efetuar as contratações e os pagamentos respectivos.

A Instrução Normativa nº 01, de 02 de janeiro de 1998, que regulamenta condições de gestão, estabelecidas pela NOB/SUS/96, exige, como requisitos para os municípios se habilitarem à Gestão Plena da Atenção Básica,<sup>8</sup> que apresentem “proposta de estruturação do serviço de controle e avaliação” (BRASIL, 1998a). Essa mesma Instrução exige uma estruturação e um ato legal de criação do SNA municipal (BRASIL, 1998b) para que o município se habilite à Gestão Plena do Sistema Municipal.<sup>9</sup> Aqui o Ministério estabelece diferenciação entre “controle e avaliação”, em conjunto, numa contraposição com “auditoria”.

Apresentamos o diagrama abaixo para a visualização das estruturas de auditoria nas três esferas de governo, quanto às competências.

---

<sup>7</sup> Gerência de serviços está conceituada no Capítulo 2 – de Caracterização do SUS.

<sup>8</sup> Conforme descrito no capítulo 2 – Caracterização do SUS.

<sup>9</sup> Conforme descrito no capítulo 2 – Caracterização do SUS.

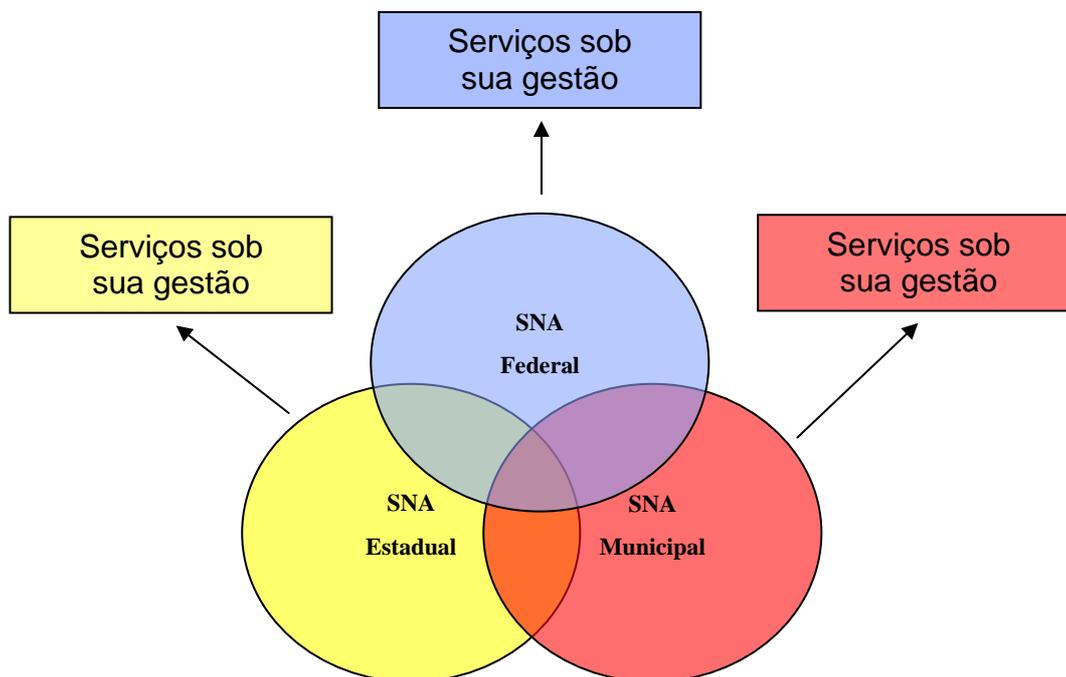


FIGURA 3 – Competências de auditoria nas três esferas de governo  
Fonte: REMOR, 2008 (a autora)

A figura acima procura representar que, as atividades de auditoria das três esferas de governo, embora pareçam estar interligadas, estão sobrepostas e não delimitadas.

As secretarias municipais de saúde, mesmo possuindo os seus próprios setores de auditoria, são obrigadas a se submeter à fiscalização dos Conselhos Municipais de Saúde, ao controle externo exercido pelos Tribunais de Contas, são auditadas pelo Estado e pelo Ministério da Saúde. 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'.

Podemos pensar, quanto à estrutura, numa descrição através de um modelo hierárquico aproximativo, visto que há sobreposições, não há

subordinação, a não ser quanto à legislação – prerrogativa do Ministério da Saúde, ainda assim, complementada pelos estados e municípios, conforme a figura abaixo:

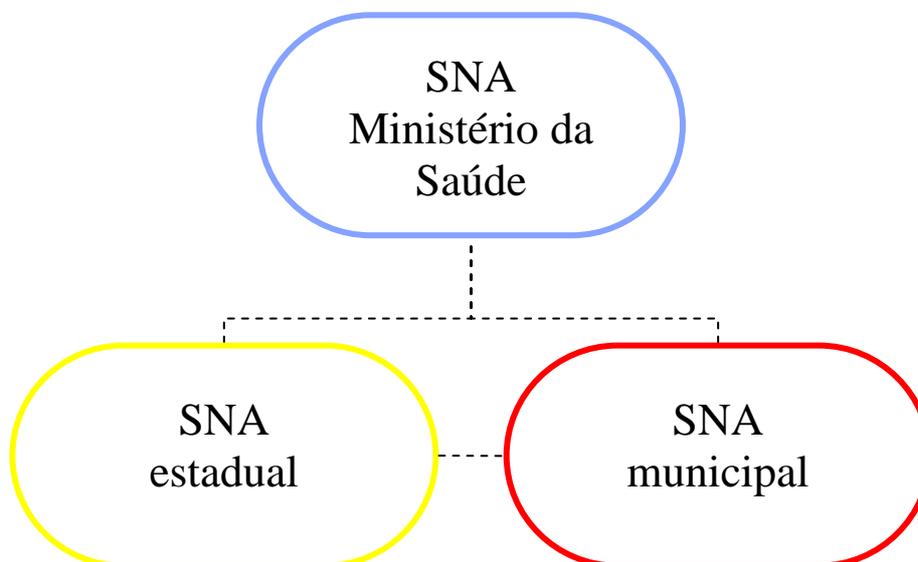


FIGURA 4 – Estrutura do SNA  
Fonte: REMOR, 2008 (a autora)

Descritas as competências e a estrutura do SNA, passemos a descrever os conceitos de auditoria, conceitos importantes nesse trabalho, dado que partimos do pressuposto de que a teoria sustenta a prática.

Após a edição do Decreto nº 1651/1995 cada esfera de governo deveria instituir seu componente do SNA.

Santa Catarina, por exemplo, em 1994, instituiu a auditoria, chamando-a de “Programa Estadual de Controle e Avaliação”, e conceitua auditoria da seguinte forma:

a auditoria é vista como um instrumento de controle administrativo que se destaca como ponto de convergência de todos os feitos, os fatos e as informações originadas dos diversos segmentos de uma unidade, cuja finalidade é avaliar as informações no sentido de que sejam confiáveis, adequadas, totais e seguras. Conseqüentemente, a execução de uma auditoria, necessariamente, obriga-se a analisar os diversos segmentos da unidade, assim como os fatores externos que, de alguma forma os influenciem e possam gerar dados para análise (SANTA CATARINA, 1994).

O 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 (SANTA CATARINA, 1998).

O Decreto Estadual nº 5.831 de 23 de outubro de 2002, em seu art. 2º, diz que a auditoria consiste no exame analítico e pericial:

- a) da legalidade e da economicidade dos atos de que resultam a realização, a criação, a modificação ou a extinção de direitos e obrigações;
- b) dos atos da gestão com o propósito de certificar a exatidão das contas apresentadas em relação às informações constantes dos documentos técnicos e contábeis (SANTA CATARINA, 2002).

Em 2007, o Decreto Estadual nº 688 de 2 de outubro, art. 2º, traz a auditoria como exame analítico e pericial:

- I – da legalidade e da economicidade dos atos de que resultam a realização, a criação, a modificação ou a extinção de direitos e obrigações;
- II – dos atos da gestão do SUS com o propósito de certificar a exatidão das contas apresentadas em relação às informações constantes dos documentos técnicos e contábeis dos fundos municipais de saúde e dos prestadores de serviços que integram o Sistema Único de Saúde; e
- III – da qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde aos usuários do SUS (SANTA CATARINA, 2007).

Em Santa Catarina, é a quarta vez que a Secretaria de Estado da Saúde institui seu componente do SNA, no âmbito de sua abrangência, cada vez de modo diferente, indicando uma tentativa constante de alcançar uma conceituação satisfatória.

O Decreto 1.651/1995 define auditoria por ela mesma, de forma muito difusa, senão truncada, como “auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.”

O Ministério da Saúde a descreve como:

o exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma

atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (BRASIL, 1998c, p.6).

O Volume 5 da Coleção “Saúde e Cidadania”, do Ministério da Saúde, usa o conceito proposto por Lambeck em 1956, sustentando-o como "avaliação da qualidade da atenção com base na observação direta, registro e história clínica do cliente" (CALEMAN; MOREIRA; SANCHEZ, 1998).

A NBR ISO 19011, referente à auditoria, enfatiza:

a importância de auditorias como uma ferramenta de gestão para monitorar e verificar a eficácia da implementação da política da qualidade e/ou ambiental de uma organização. Auditorias também são uma parte essencial das atividades de avaliação da conformidade, tais como certificação/registo externo e avaliação e acompanhamento da cadeia de fornecedores (ABNT, 2002, p.1).

A NBR ISO 19011 conceitua auditoria como:

processo sistemático, documentado e independente, para obter registros, apresentação de fatos ou outras informações pertinentes e avaliá-los objetivamente para determinar a extensão na qual o conjunto de políticas, procedimentos ou requisitos são atendidos (ABNT, 2002, p.2-3).

O INMETRO também toma indistintamente os conceitos, chamando a auditoria de avaliação, ainda que *de conformidade*, conforme segue:

processo sistemático, independente e documentado, para obter registros, afirmações de fatos ou outras informações pertinentes e avaliá-los de maneira objetiva para determinar a extensão na qual os requisitos especificados são atendidos (INMETRO, 2007, p.10).

As auditorias são processos que não se geram por si só. Ou são demandadas pelos usuários do SUS ou de outros órgãos, ou fazem parte da programação regular do sistema.

Nesse ponto, outra vez, as imprecisões conceituais se fazem sentir. As classificações, embora comuns, trazem a marca da indiferenciação característica das respectivas conceituações.

Considerando isso, as auditorias podem ser classificadas de diversas maneiras:

**Quanto à causa geradora:**

- **Regular ou ordinária** – são as chamadas programadas, realizadas em caráter de rotina ou periódicas (BRASIL, 1998c, p.5-6).
- **Especial ou extraordinária** – são as não previstas, não programadas e decorrentes de denúncias, indícios de irregularidades, por determinação do Ministro de Estado da Saúde, por solicitação de outros órgãos (BRASIL, 1998c, p.5-6).

**Quanto ao objeto:**

- **Auditoria de serviços** – referente aos serviços.
- **Auditoria de gestão** – referente à gestão do SUS em cada esfera de governo. Embora o objeto seja o serviço, a gestão é a administração dos serviços e nesse sentido, é costume atribuir uma classificação para auditoria, referente à gestão.

**Quanto à forma de execução:**

- **Analítica** – consiste na análise de relatórios, processos e documentos e deve sempre preceder a auditoria operativa. (BRASIL, 1998, p.5-6)
- **Operativa** – consiste na verificação direta dos fatos, ou seja, *in locu* (BRASIL, 1998, p.5-6)

A auditoria ainda pode ser classificada como interna e externa. Interna é conduzida pela própria organização, em seu nome, para análise crítica pela direção e outros propósitos internos, e podem formar a base para uma autodeclaração de conformidade da organização (NBR ISO 19011, 2002, p.2).

Auditorias externas “são aquelas realizadas por partes que têm um interesse na organização, tais como clientes, ou por outras pessoas em seu nome.” (NBR ISO 19011, 2002, p.3).

Aqui aparece outra vez, o problema de redação da norma, pois seu texto é visivelmente incompreensível ou simplista/genérico.

### 3.2 Processo de auditoria

As atividades de auditoria são formalizadas em processos. Esses se constituem das informações e documentos necessários à sua instrução bem como do relatório final, através do qual buscaremos agregar valor para apoiar a gestão.

Abaixo, tomando como exemplo a Secretaria de Estado da Saúde – SES de Santa Catarina – SC, apresentamos o fluxo da auditoria.

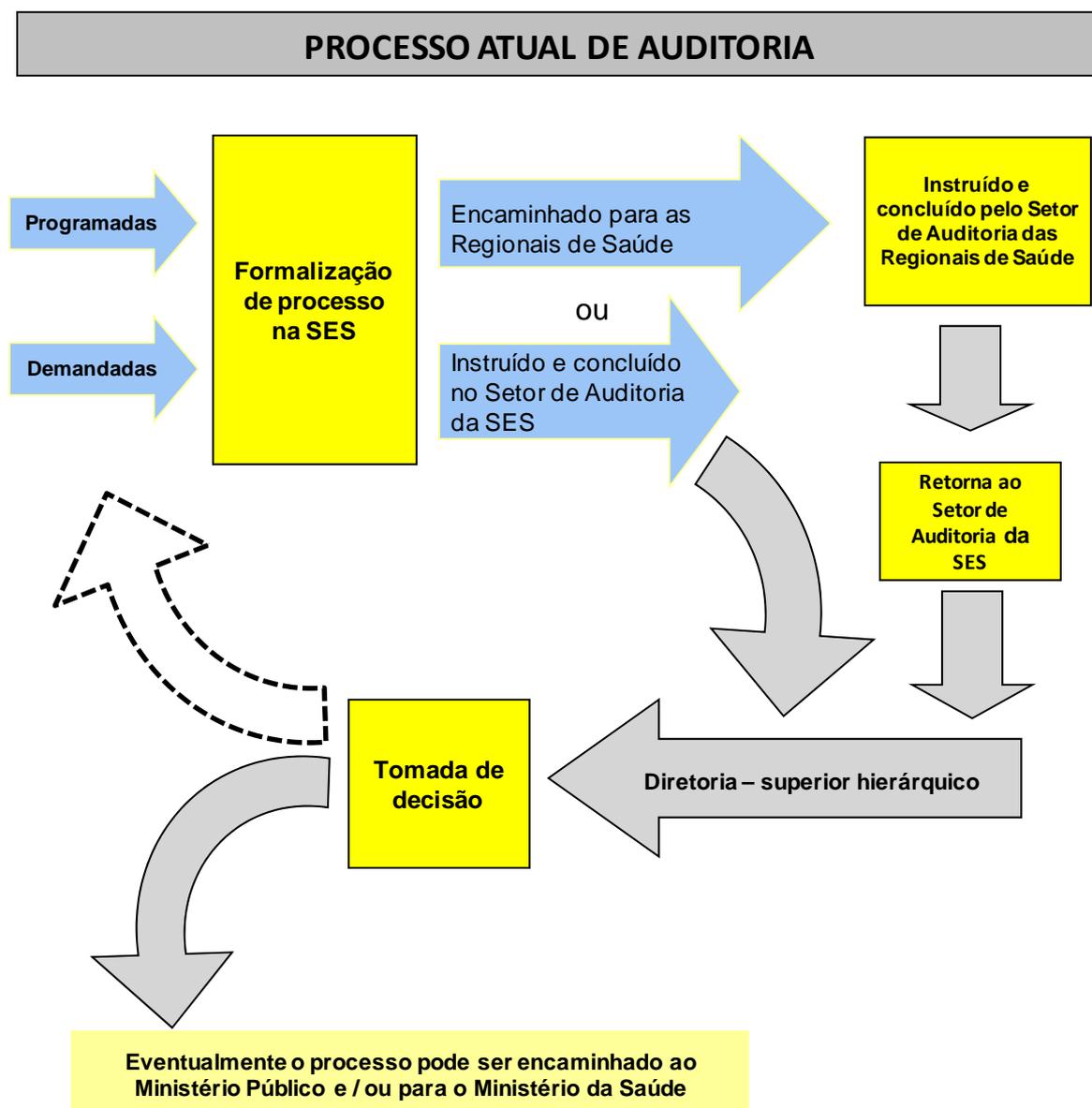


FIGURA 5 – Processo atual de Auditoria  
Fonte: REMOR, 2008 (a autora)

O fluxograma acima mostra que as auditorias na SES/SC são originadas pelas demandas de diversos órgãos e de usuários do SUS, além das programadas.

Em Santa Catarina, a auditoria está estruturada na SES/SC, situada em Florianópolis e possui, de forma descentralizada, 24 Divisões de Auditoria em 24 SDR/Gerências de Saúde. A figura 1 apresenta as 36 SDRs, embora a auditoria esteja estruturada em 24 SDRs.

A implantação das 36 SDRs exigiu uma estruturação das representações das Secretarias Setoriais (Secretarias de Governo situadas na Capital). A Saúde estabeleceu alguns critérios de complexidade, demandas de serviços, entre outros e classificou as Gerências de Saúde em portes 1, 2 e 3. As Gerências de Saúde classificadas como porte 1 seriam as de menor complexidade, não cabendo, portanto, a instalação de todas as estruturas de representação da Secretaria Setorial, entre as quais a auditoria. Não possuem Divisão de Auditoria: Maravilha, Laguna, São Lourenço do Oeste, Curitibanos, Caçador, Ibirama, Ituporanga, Palmitos, campos Novos, São Joaquim e Dionísio Cerqueira. (SANTA CATARINA, 2006, p. 29)

As auditorias são formalizadas em processos e podem ser instruídas e concluídas no Setor de Auditoria da própria SES ou encaminhadas para as Regionais de Saúde,<sup>10</sup> onde são instruídas e concluídas, retornando após, à SES. Depois de concluídas pelo Setor específico, são enviadas para o seu superior hierárquico que, no exemplo de Santa Catarina trata-se de Diretoria, para as providências cabíveis.

Especificamente, nos casos de auditoria, originária de denúncia de cobrança ou tentativa de cobrança aos usuários, por parte de prestadores de serviços, esses processos são encaminhados ao Ministério Público, depois de concluídos.

Os processos de auditorias que resultam em ressarcimento de recursos financeiros federais devem ser enviados pelo Estado para o Ministério da Saúde, para que este proceda ao recolhimento dos recursos. Somente nesses casos o processo é enviado para o Ministério da Saúde.

---

<sup>10</sup> SANTA CATARINA. Gerências regionais de Saúde. 2006.

Os procedimentos de auditoria não são uniformes e não estão sistematizados. Entende-se, então, que a execução da auditoria esteja pautada na legislação e na interpretação de cada auditor. Na prática, este entendimento é o que acaba valendo, a cada vez. Considerando que o termo auditoria significa 'escutar' (LLANOS ZAVALAGA, 2000, p.107), alguns fundamentos da psicanálise trabalhado na metodologia desta pesquisa cabem também aos procedimentos da auditoria propriamente dita. Também vai ao encontro da gestão do conhecimento, quando caracteriza os serviços como de difícil padronização, ficando a cargo da habilidade e do conhecimento do executor, neste caso, o auditor.

Os processos de trabalho possibilitam um acompanhamento da prestação de serviço. Mesmo que os serviços não sejam padronizados, num processo, o seu desenvolvimento depende de outros em outras etapas. Cabe aqui, então, caracterizar processo. Uma classificação para os processos empresariais é citada por Gonçalves (2000, p.10-12) como: de negócio, organizacional e gerencial. Ressalta a separação de processos de produção de bens e serviços dos demais processos que ocorrem na organização – relacionados com a gestão e os de apoio ao setor produtivo. Referente à capacidade de geração de valor para o cliente, o mesmo autor cita que os processos podem ser primários quando incluem atividades que geram valor para o cliente – são os processos de negócio – e, de suporte, quando as atividades apóiam o funcionamento dos processos primários – são os processos organizacionais e gerenciais.

Utilizamos, como referencial nesta pesquisa, o conceito de processo organizacional, que geralmente produz resultados imperceptíveis para os clientes externos, mas são essenciais para a gestão efetiva, de acordo com Gonçalves (2000, p.11). São processos de informação e decisão, adequados ao processo de auditoria.

O desenvolvimento de produtos (bens e serviços) exige uma seqüência no desenvolvimento dos trabalhos de forma a facilitar os passos de cada etapa da produção. Assim, processo é um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço, de acordo com Gonçalves (2000, p. 7). Para o mesmo autor esses conceitos dão a idéia de um fluxo de trabalho com entradas e saídas claramente definidas.

Essa idéia de fluxo de trabalho procura mostrar aos seus colaboradores e clientes, como a organização desenvolve os seus produtos, seja na produção de bens ou de serviços. Essa maneira de trabalhar confere credibilidade à organização pela transparência do método de trabalho e vantagem competitiva em virtude do compartilhamento das informações entre seus colaboradores. E, sobretudo, a organização dos trabalhos possibilita a incorporação dessas informações nos repositórios, reduzindo a vulnerabilidade da organização, nos casos de rotatividade de seus colaboradores. Papéis e rotinas podem permitir que o conhecimento permaneça através do tempo em organizações, até mesmo em face da rotatividade individual de seus membros. Uma maneira de reter e transferir conhecimento é a estruturação do trabalho, conforme Rao e Argote (2006, p. 77 e 84). Conseguir que os conhecimentos dos indivíduos passem para a organização e permaneçam em alguma estrutura para a sua utilização futura é o que nos faz entender a importância do gerenciamento de processo como organizador das atividades e do conhecimento que, no exemplo do estudo, é classificado como organizacional.

Podemos vislumbrar a importância do gerenciamento também na qualidade dos serviços, para possibilitar a intervenção com medidas corretivas, em alguma parte do percurso, o que implica que as atividades em um processo dependem de outras, fazendo com que o gerenciamento acompanhe cada passo. Almeida (1993, p.27) refere que a atividade de cada pessoa dentro de uma empresa depende da ocorrência de alguma anterior, independente do tipo de atividade. Devido a esse fato é que o gerenciamento de processo, para Varvakis et al (2000, p. 2), ao mesmo tempo em que concentra seus esforços na melhoria contínua das atividades que agregam valor aos bens e serviços, procura eliminar aquelas que apenas geram custos. O acompanhamento e a intervenção dos passos que compõem um processo possibilitam o máximo aproveitamento do conhecimento que, pode ser por isso, considerado uma ferramenta de gestão.

A seguir apresentamos a revisão bibliográfica, realizada com o fim de procurar documentos sobre auditoria, tanto no Brasil como em outros países.

### 3.3 Revisão bibliográfica

Partiremos da justificativa apresentada para a realização da pesquisa, ou seja, a parca bibliografia, as funções e conceitos indistintos de auditoria e os componentes citados como sendo do SNA, de controle e de avaliação.

Especialmente no Brasil, se pressupõe que os conceitos e as atribuições de auditoria estejam equivocados e a prática, assim fundamentada, seja consequência de tais denominações.

A revisão bibliográfica permite conhecermos os meandros que permeiam a atividade de auditoria, a trajetória percorrida, desde a sua criação até a implantação no Brasil.

No âmbito internacional, procurou-se buscar a estruturação e os conceitos de auditoria de outros países, de modo a compará-los com a situação brasileira. Esses trabalhos, na sua maioria, são dirigidos para avaliação da qualidade de serviços específicos ou de programas. Trazem como títulos: auditoria médica, auditoria clínica e/ou auditoria administrativa. Poucos são conceituais e de procedimentos ou processos de auditoria de saúde, excetuando-se os artigos abaixo, encontrados no Peru, Espanha e Inglaterra que conceituam e apresentam classificações para a auditoria em saúde.

Ortega-Benito (1994, p.741, artigo II) cita que a auditoria médica foi aceita na reestruturação do Sistema de Saúde Britânico em 1989, conforme abaixo:

a análise crítica e sistemática da qualidade da assistência médica, incluindo procedimentos diagnósticos e terapêuticos, o uso de recursos e os resultados dos mesmos quanto a consequências clínicas e qualidade de vida do paciente.<sup>11</sup> [tradução nossa]

O termo auditoria, para Kell Wg (1997) apud Llanos Zavalaga (2000, p.107)

é um termo provindo do vocábulo “audire” que significa “ouvir, escutar”. E, auditor é “a pessoa que aprendia por instrução, ‘de ouvido, quem escutava judicialmente e tratava de casos como na Audiência da Corte”. Define auditoria como “processo sistemático de obtenção e avaliação objetiva da evidência a respeito das declarações acerca de

---

<sup>11</sup> “el análisis crítico y sistemático de la calidad de la asistencia médica, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el uso de recursos y los resultados de los mismos cuanto a desenlaces clínicos y calidad de vida del paciente”.

ações econômicas e eventos.<sup>12</sup> [tradução nossa]

No campo da saúde, Llanos Zavalaga (2000, p.107) cita que o termo auditoria médica foi usado durante muito tempo com diferentes concepções até a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde Britânico citado acima, que utilizou um conceito amplamente aceito e utilizado na Europa, é o conceito citado por Benito-Ortega (1994).

Abaixo destacam-se as classificações de auditoria de Bowling (2002, p.8):

- Medical audit is the systematic critical analysis of the quality of medical care, including a review of diagnosis, and the procedures used for diagnosis, clinical decisions about the treatment, use of resources and patient outcome (Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland 1989a). Examples of medical audit include analyses of avoidable deaths, and the assessment of medical decision-making, resources and procedures used in relation to patient outcome.
- Clinical audit is conducted by doctors (medical audit) and other health care professionals (e.g. nurses, physiotherapists, occupational and speech therapists), and is the systematic critical analysis of the quality of clinical care. It includes collecting information to review diagnosis and the procedures used for diagnosis, clinical decisions about the treatment, use of resources and patient outcome (Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland 1989a).
- Quality assurance is a clinical and management approach which involves the systematic monitoring and evaluation of predefined and agreed levels of service provision. Quality assurance is the definition.

A autora citada acima apresenta três classificações [tradução nossa] para a auditoria: médica, clínica e de garantia de qualidade.

A auditoria médica é a análise crítica e sistemática da qualidade do cuidado médico, incluindo uma revisão do diagnóstico, dos procedimentos usados para o diagnóstico, das decisões clínicas sobre o tratamento, uso dos recursos e os resultados apresentados pelo paciente. É a mesma definição utilizada pelos autores citados anteriormente.

A auditoria clínica é a análise crítica sistemática da qualidade do cuidado clínico do paciente e pode ser conduzida por todos os profissionais do cuidado de saúde.

---

<sup>12</sup> “es un término que viene del vocablo “audire” que significa “oir, escuchar”. E auditor é “la persona que aprendía por instrucción ‘de oídas’, quien escuchaba judicialmente y trataba casos como en la Audiencia de la Corte”. E define auditoria como “proceso sistemático que obtiene y evalúa objetivamente la evidencia con respecto a las declaraciones acerca de acciones económicas y eventos”.

A terceira classificação refere-se à garantia de qualidade que envolve o monitoramento e a avaliação sistemáticos de níveis predefinidos e acordados na provisão do serviço.

Um conceito que conflita ou confunde com as atividades de auditoria no SUS é o conceito de avaliação. Conforme já citado, Bowling (2002, p.9) a define diferentemente de auditoria.

Os artigos encontrados sobre auditoria não se relacionam com a gestão do conhecimento, nem com a gestão do SUS. São, na maioria, dirigidos a avaliação de serviços ou programas específicos. E, embora, a função da auditoria pareça ser a verificação da conformidade – o que concordamos – ela pode avançar na consecução do relatório final.

Quanto à agregação de valor, Johnson (2008) a refere como necessária para grupos de trabalho e conclui que a agregação de valor reforça a auditoria como um valioso instrumento de gestão.

A auditoria do SUS não é restrita a procedimentos médicos ou a recursos financeiros como encontram-se normalmente denominadas as auditorias em saúde. Devido ao princípio de integralidade do SUS, de oferecer assistência à saúde, desde a atenção básica até a mais complexa, a auditoria abarca conhecimentos extensivos a outras áreas do saber.

## **CAPÍTULO 4: GESTÃO DO CONHECIMENTO NAS ORGANIZAÇÕES**

### **4.1 Tipos e organização do conhecimento**

A gestão do conhecimento hoje, ganha importância na medida em que o grande volume da produção constitui-se de serviços, os quais dependem, como já citado, sobretudo do conhecimento das pessoas.

O autor Choo (2006, publicação original em 1953) foi tomado como referência para a gestão do conhecimento por se encontrar entre os primeiros a falar sobre o tema e pelas suas idéias a respeito, se coadunarem com esse trabalho. Ele (2006, p.365) descreve três tipos de conhecimento de uma organização: conhecimento tácito, conhecimento explícito e conhecimento cultural, conforme diferenciação exemplificada no quadro abaixo.

**QUADRO 2 – Conhecimento organizacional**

<b>Tipos de conhecimento</b>	<b>Características do conhecimento</b>
Conhecimento tácito	Está contido na experiência de indivíduos e grupos
Conhecimento explícito	Codificado nas regras, rotinas e procedimentos da organização
Conhecimento cultural	Está expresso nas pressuposições, crenças e normas usadas pelos membros da organização para atribuir valor e significado a novos conhecimentos e informações

Fonte: Choo (2006, p.365)

Para Nonaka e Takeuchi (1997, p. 62), “a criação do conhecimento está na transformação do conhecimento tácito em explícito”. As organizações, muitas vezes, possuem grande potencial de conhecimento que pode ser perdido para sempre. Trata-se do chamado conhecimento tácito, pertencente aos indivíduos, adquiridos com a experiência que, entretanto não conseguem transferir conceitualmente para outros. Esse conhecimento está somente na “cabeça” das pessoas e não se caracteriza como da organização. Para se transformar em

conhecimento organizacional, é necessário que seja transformado em conceito, divulgado e compartilhado.

O modelo dinâmico de Nonaka e Takeuchi (1997, p. 67) fundamenta-se no pressuposto de que o conhecimento humano é criado e expandido através da interação social, entre o tácito e o explícito. A essa interação, denominaram de conversão do conhecimento. Esses mesmos autores (1997, p. 79-80) sugerem, para criar o conhecimento organizacional, que aconteça “uma interação contínua e dinâmica entre o tácito e o explícito”.

As organizações precisam transformar os conhecimentos tácitos, individuais, em explícitos e organizacionais, para que não se tornem dependentes de seus funcionários e vulneráveis na sua continuidade e competitividade. Nessa direção, Holan e Phillips (2005, p. 396), citam que uma maneira de retê-lo é estruturar o trabalho. Isso atenua os efeitos prejudiciais da rotatividade nas organizações. Os conhecimentos retidos pelos indivíduos interagem com o embutido em papéis e rotinas, conforme Rao e Argote (2006, p. 78).

Acrescido a esses dois tipos, Choo (2006, p.365) descreve o conhecimento cultural como aquele expresso nas pressuposições, crenças e normas usadas pelos membros da organização para atribuir valor e significado a novos conhecimentos e informações. Aqui ele se refere à uma mudança na cultura organizacional. Esse tipo de conhecimento pode ser concebido como aceitação, por parte das pessoas, em incorporar os novos conhecimentos aos existentes e descartar rotinas, normas e procedimentos, dando lugar a novos processos.

A concepção de administração, segundo Choo (2006, p. 27-29) destaca três arenas distintas: a atribuição de significados às atividades, a construção do conhecimento e a tomada de decisão, separadas em três termos:

primeiro, a organização usa a informação para dar sentido às mudanças do ambiente externo. (...) Para os membros de uma organização, o objetivo imediato de criar significado é construir um consenso sobre o que é a organização e o que ela está fazendo. (...) A segunda arena do uso estratégico da informação é aquela em que a organização cria, organiza e processa a informação de modo a gerar novos conhecimentos por meio do aprendizado. A terceira arena do uso estratégico da informação é aquela em que as organizações buscam e avaliam informações de modo a tomar decisões importantes.

A organização, capaz de integrar os processos de criação de significado

[atribuindo valor as atividades], a construção do conhecimento [identificando as lacunas do conhecimento da organização] e, a tomada de decisão [situação de escolha] pode ser considerada uma organização do conhecimento. (idem, p. 30 e 364-365)

A tomada de decisão nas organizações, (ibidem, p.253) é estruturada por procedimentos e regras. A idéia é que esclareçam o necessário processamento de informação diante da necessidade de escolhas. Para Holan e Phillips (2005, p. 396), indiferentemente do método de produção, é geralmente aceito que o conhecimento organizacional esteja embutido em algum tipo de memória organizacional, que não desapareça, apesar de indivíduos irem e virem.

Em organizações, principalmente de serviços, o conhecimento deve estar organizado de maneira que possa ser utilizado. Santos (2000, p. 206) afirma que “a gestão da sobrecarga de informação torna-se um desafio para a empresa, sobretudo se considerarmos que a competitividade se cristaliza na atitude das organizações para gerir corretamente a informação”. Essa é uma das funções possibilitadas pela gestão do conhecimento que é definida por Rossatto (2003, p.7) como “um processo estratégico, contínuo e dinâmico, que visa gerir o capital intangível da empresa e todos os pontos estratégicos a ele relacionados e estimular a conversão do conhecimento”. Nessa mesma direção, Santos (2000, p.207) afirma que “a operação para buscar informações úteis e críticas exige procedimentos, através de desenvolvimentos de processos, metodologias e ferramentas, aliados ao conhecimento das fontes adequadas ao propósito da busca”. Dessas acepções, conclui-se que a engenharia e a gestão do conhecimento podem atender ao propósito no desenvolvimento desses processos.

O SUS – sistema público de saúde, gratuito para os usuários, devido à imensa estrutura que movimenta e aos avanços tecnológicos incorporados à prestação de serviços de saúde, entre outros fatores, envolve grande volume de recursos financeiros.

Espera-se que a elaboração de relatório para a tomada de decisão esteja pautada nos conhecimentos institucionalizados e organizados, embora, na maioria das vezes, esteja na dependência de conhecimentos diluídos na organização e utilizados como iniciativas isoladas.

A agregação de valor é uma das características da organização considerada de Gestão do Conhecimento, conforme Choo (2006, p. 30).

## **4.2 Gestão do conhecimento nas organizações de serviços**

Diferentemente de 'bens', os serviços são de difícil padronização (GRÖNROOS, 2006, p. 91). Os principais produtos do SUS são as ações e serviços de saúde. É necessário, pois, conceituarmos ações, serviços e serviços de saúde.

Os serviços, muitas vezes, são confundidos com o estabelecimento que o presta. Exemplo disso aparece quando se avalia um estabelecimento de saúde, diz-se na prática, avaliou-se o serviço em vez do estabelecimento que presta o serviço.

Na literatura de saúde, serviços são conceituados aproximadamente por Vieira-da-Silva (2005, p.22) como aqueles que,

correspondem a um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde, como exemplo, um serviço de saúde ocupacional; serviço para atendimento pediátrico.

Ações “dizem respeito às ações de promoção, prevenção, e cura desenvolvidas pelos agentes, individualmente”. Aqui fica mostrada a confusão dos conceitos, na medida em que a mesma autora define o termo ‘ação’ por ele mesmo.

O léxico conceitua atuar como “ato ou efeito de agir, de atuar; atuação, ato” Dicionário Aurélio Eletrônico (1999). Sugere, com isso, que se entenda ação como ato, que no SUS se poderia traduzir no fato de se fazer ou não fazer algo.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (2006) define serviços de saúde como “estabelecimentos destinados a promover a saúde do indivíduo, protegê-lo de doenças e agravos, prevenir e limitar os danos a ele causados e reabilitá-lo quando sua capacidade física, psíquica ou social for afetada”. Mais uma vez, o conceito de serviço é confundido com o estabelecimento que o abriga.

Na área de Administração, Gianesi (1994, p.32) conceitua produtos como “bens e serviços”, e se refere a bens como produtos tangíveis, materializados; e,

serviços como produtos intangíveis, caracterizados pela presença do cliente concomitante à produção, e geralmente consumidos simultaneamente à produção. Nessa mesma direção, Grönroos (2006, p.90) conceitua serviços como “algo imaterial que pode ser caracterizado como uma atividade em que a produção e o consumo se dão simultaneamente, em grande medida”.

Ainda sobre o conceito de serviços, Parasuraman; Zeithaml e Berry (2006, p.97) afirmam que “serviços não são objetos, mas são prestados, envolvendo o desempenho dos prestadores de serviços e, por isso raramente é possível estabelecer especificações de fabricação precisas quanto a uma qualidade uniforme”. Las Casas (2006, p.17) pensa que serviço não envolve a transferência de um bem. No seu entender serviço é constituído por “uma transação realizada por uma empresa ou por um indivíduo, cujo objetivo não está associado à transferência de um bem”.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 que define os percentuais de aplicação de recursos financeiros para estados e municípios, na sua regulamentação que tramita no Congresso Nacional, aponta como necessária a definição do que são “ações e serviços de saúde” no âmbito do SUS, para evitar que os recursos financeiros vinculados à saúde sejam aplicados em outros setores. Isso mostra a necessidade da conceituação dada a inexistência de conceitos aceitáveis de ações e de serviços de saúde.

Pela imprecisão conceitual na diferenciação entre ações e serviços, utilizaremos aqui “serviços” somente para designar os produtos desenvolvidos no âmbito do SUS.

Na área da saúde, os usuários dos serviços raramente são ouvidos para averiguar-se a sua satisfação em relação à prestação dos mesmos. No modelo de Grönroos (2006, p. 91), conforme figura abaixo, os serviços devem contemplar o que é esperado e o que é percebido:

o serviço percebido é resultado da visão que o cliente tem de um conjunto de dimensões de serviço, algumas das quais são técnicas, enquanto outras são de natureza funcional. (...) Qualidade técnica, que responde à pergunta sobre o que o cliente recebe, e a qualidade funcional, que, por outro lado, responde à pergunta como ele o recebe. (...) Quando o serviço percebido é comparado com o serviço esperado, temos a qualidade do serviço percebida.

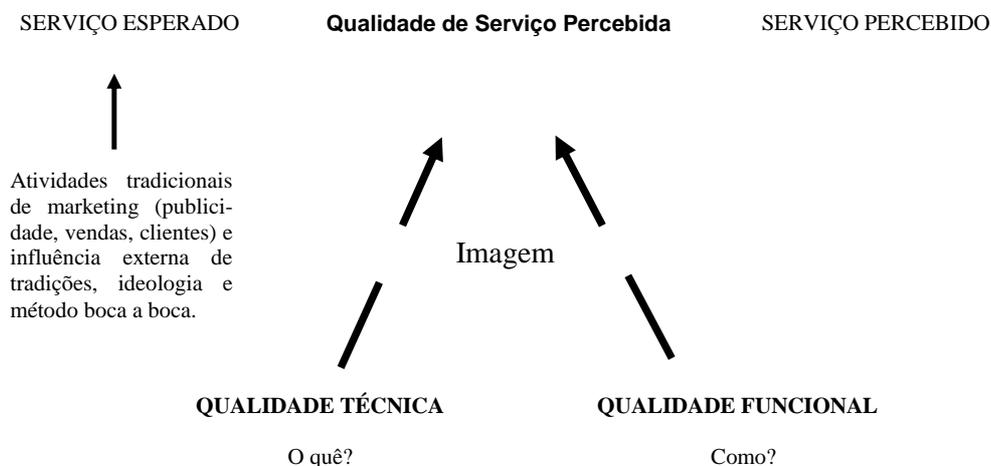


FIGURA 6 – Avaliação de Serviço  
Fonte: Grönroos (2006 p. 91)

Usando o modelo acima, pode-se dizer que a qualidade técnica implica a qualidade funcional.

Como exemplo de qualidade técnica, cita-se a aplicação de uma vacina num posto de saúde. Espera-se que exista a vacina específica e que seja esta, a aplicada.

Do ponto de vista da qualidade funcional, observa-se o ato em si, ou seja, desde sua preparação até a aplicação. Desta forma, pode-se dizer que as etapas são avaliadas conjuntamente pelo cliente, dificilmente ele as analisará em separado. As etapas, do início ao final do processo, possibilitarão sua percepção dessa prestação de serviço.

Parasuraman; Zeithaml e Berry (2006, p.97) citam que,

os esforços para definir e medir qualidade vem, em grande parte, do setor de bens. De acordo com a filosofia japonesa, que é a predominante, qualidade é nível zero de defeitos. Mas o conhecimento sobre a qualidade de bens não basta para compreender a qualidade de serviços, devido às características de intangibilidade, de heterogeneidade e inseparabilidade dos serviços.

Mais especificamente, sobre a qualidade dos serviços, os mesmos autores (2006, p.97) afirmam que serviços não são objetos. São prestados e envolvem o desempenho dos prestadores, a cada vez. Assim, raramente é possível

estabelecer especificações de uma qualidade uniforme. Esse fator dificulta o processo de verificação de serviços, pois a falta de especificação impede a utilização de critérios e parâmetros que conformem um modelo. Assim, a execução dos serviços depende mais da capacidade, das habilidades e do conhecimento do que de uma normatividade padronizável.

A figura abaixo, adaptada de Varvakis (2005, p. 3), exemplifica claramente a visão do autor citado, numa prestação de serviço na área da saúde, comparando o intangível com o tangível. O serviço, que não pode ser estocado, é prestado com a presença do consumidor e o produto como um bem estocado e padronizado.

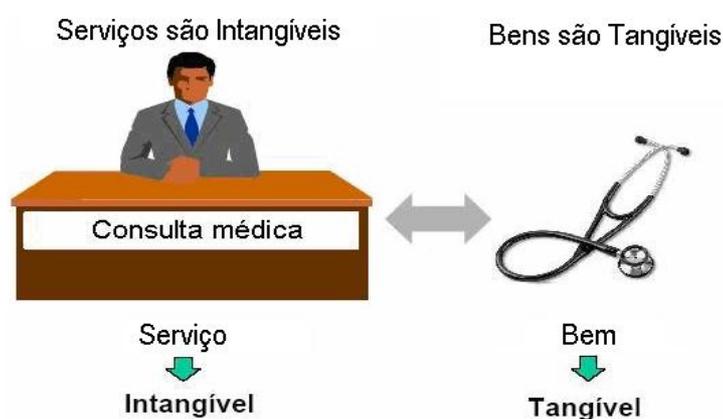


FIGURA 7 – Prestação de Serviço  
Fonte: Adaptado de Varvakis, (2005, p. 3)

Constata-se no dizer de Parasuraman, Zeithaml e Berry (2006, p. 97) que a maioria dos serviços não pode ser contada, medida, inventariada, testada e verificada antes da execução. As dificuldades em averiguar a execução dos serviços aparecem nas tentativas de estabelecer tipos, formas, finalidades. Na área da saúde, Vieira-da-Silva (2005, p.19) alerta para a enorme diversidade existente no interior deste campo e adverte que as tentativas de reduzir essa complexidade a algumas categorias correm o risco de excessiva simplificação.

Ao descrevermos aqui as características de serviços, citadas por Grönroos (2006, p.90); Parasuraman; Zeithaml; Berry (2006, p.97) e Ganesi (1994, p.32), é importante destacar que é necessário especificar os serviços, no caso da saúde, já que não se pode padronizá-los. As características inerentes ao conceito de

serviço exigem o envolvimento do usuário na sua prestação e, pelas dificuldades em padronizá-los, requerem dos gestores um tratamento e um conhecimento muito amplo, diferente de organizações não prestadoras de serviços.

Essa é uma das contribuições da Gestão do Conhecimento para esse estudo. Entender que cada tipo de serviço exige um tipo de conhecimento. Diferentemente de outros tipos de organizações nas quais se pode padronizar e haver certa constância e estabilidade.

A contextualização da gestão do conhecimento na perspectiva da auditoria, em uma instituição de gestão de serviços, mostra o quanto a gestão da organização implica na gestão do conhecimento.

Nesse sentido, a técnica para coletar os dados dessa pesquisa bem como o método para analisar esses dados foram selecionados como uma busca, na tentativa de aproximá-los ao máximo com as características do objeto da auditoria e com as próprias funções do auditor.

## CAPÍTULO 5. METODOLOGIA

### 5.1 Construção do método

Essa pesquisa busca esclarecer as funções da auditoria e conseqüentemente o seu conceito. Também, visa a propor idéias para um incremento de valor ao relatório de auditoria, de modo a apoiar à gestão do SUS.

Iniciando pelos aspectos etimológicos do termo “metodologia”, como indicação do estudo do método, consideramos a discussão comum em algumas pesquisas, sobre a denominação do capítulo que leva este nome. A idéia é de que, quando há um estudo ou construção do método, este item da pesquisa, referente à descrição dos métodos e das técnicas, poderia chamar-se de metodologia, desde que se explique as razões do método. (PERASSI, 2008, Comunicação em aula).<sup>13</sup>

Aqui, o método foi construído, adaptado para essa pesquisa, por alguns aspectos da hermenêutica e da psicanálise, a partir dos quais se procedeu a análise de dados e construção das questões que compõe a entrevista. Embora não exista um modelo, procurou-se adaptar a hermenêutica de Habermas (2003, p.40, 41) que cita as relações de um proferimento, com os passos da hermenêutica de Thompson (2007, p. 365) e alguns procedimentos de interpretação da psicanálise freudo-lacanianana.

O termo hermenêutica, do grego *hermenêuein*, conota uma teoria ou filosofia da interpretação, de modo a tornar possível a compreensão do objeto de estudo, muito além de sua simples aparência superficial. A palavra grega *hermeios* é derivada do deus Hermes que, na mitologia grega, foi o descobridor da linguagem e da escrita. Hermes teria descoberto o objeto utilizado para representar a compreensão humana, para alcançar o significado das coisas e para transmiti-lo ao outro. O termo hermético vem de Hermes e significa algo oculto ou inacessível (GAARDER, 1995, p.76). O deus Hermes tinha uma função de transmutação na representação: transformava o que o humano não compreendia em algo que pudesse ser alcançado pela sua capacidade de

---

<sup>13</sup> PERASSI, Richard. Professor de Epistemologia do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC.

compreensão. (REMOR, 2002)

Como metodologia, a interpretação é aplicável a áreas tão diversas como história, religião, arte, psicologia, estudos da linguagem, psicanálise, entre outros. Seu longo trajeto na cultura, remonta pois, que se sabe, desde os esforços dos gregos em compreender seus poetas, até a exegese das sagradas escrituras que exigem interpretações mais sistemáticas, dado seu caráter eminentemente figurado, passando pelas interpretações de sonhos na Antigüidade, como a conhecida interpretação do sonho do Faraó, que nos legou o ditado das “vacas gordas e vacas magras”, designando tempos de fartura e tempos de escassez e chegando até nossos dias em seus múltiplos sentidos e áreas, como na própria psicanálise e na hermenêutica. (REMOR, 2002)

Podemos pensar hoje, que a interpretação, em seu sentido amplo, é utilizada em todos os campos de conhecimento humano, posto que faz parte integrante da linguagem. É comum, na linguagem coloquial, as divergências serem expressas por frases semelhantes à afirmação de que se trata de uma “questão de interpretação”. Não parece que ela possa realmente estar ausente da experiência vivida, pois só há alguma compreensão quando ela é contextualizada, ou seja, quando dela caia um texto, o qual já implica em alguma leitura, portanto, alguma interpretação. (REMOR, 2002)

A metodologia procura responder ao “como” se deve investigar para encontrar o que se acredita possível de conhecer, enquanto que a epistemologia procura responder “qual” a natureza da relação entre quem conhece e o que pode ser conhecido (LAVERTY 2003, p.16-17). Essa natureza se dá a partir da perspectiva do entendimento do conceito de ciência, de teoria, de verdade[s] e de certeza, para a escolha dos fundamentos teóricos que sustentarão a pesquisa (POPPER, 1998; e MORIN, 2003).

Se por um lado, o método nos fornece os passos a serem seguidos na investigação, os aspectos epistemológicos possibilitam o reconhecimento dos obstáculos e vazios que necessitam de construções de conhecimentos (AYRES, 2005, p.559).

Dado seu caráter conceitual e de Gestão de Conhecimento que procura agregar valor ao relatório de auditoria, o tipo de pesquisa selecionado foi descritivo e conceitual com uma abordagem qualitativa. Tal escolha encontra

sentido aqui, sustentada na idéia expressa por Minayo (2006, p. 57) de que a abordagem qualitativa permite “a revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação”. Um dos pressupostos da pesquisa é a imprecisão no conceito de auditoria e por esse fato se busca, a partir desse estudo, conceituar a auditoria de acordo com a função para a qual foi instituída. A abordagem qualitativa, ainda segundo Minayo (2006, p. 57) se caracteriza pela empiria e pela sistematização de conhecimento até a compreensão da lógica interna do processo em estudo e é utilizada para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias. Leopardi (2002, p. 116-117) cita que a pesquisa qualitativa “é apropriada quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes em que uma variável aparece, mas sim o que elas apresentam”. E acrescenta que a amostra não precisa ser numerosa, nem aleatória.

Buscando descrever a trajetória, desde a criação da auditoria até a sua implantação, optou-se pelo estudo descritivo, que segundo Trivinos (1987, p. 110) exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. A pesquisa descritiva não deveria se restringir a explicar e descrever fenômenos. Os seus resultados devem promover alterações em práticas inoperantes (AYLA E LAMEIRA, 1989, p.9).

A abordagem qualitativa para Trivinos (1987, p. 120) tem a característica de ser descritiva e ser voltada preferencialmente para a compreensão do processo mais do que para os resultados.

O caráter conceitual do estudo encontra-se na busca de uma compreensão do percurso que a auditoria trilhou e ainda percorre, desde sua criação até hoje, a fim de identificar a sua função na saúde, especificamente na gestão do SUS e conseqüentemente, delimitar o seu conceito.

A falta de sistematização dos procedimentos e das especificações do objeto da auditoria impossibilita a uniformidade que deveria ser a característica, por definição, do SUS como sistema único e do seu sistema de auditoria. Considerando que a obtenção da sistematização e das especificações do objeto da auditoria vai além do desejo do pesquisador, procura-se buscar as contribuições dessa atividade para a gestão do SUS, independente desses fatores ocorrerem.

Definido o objeto de estudo, procedeu-se uma revisão bibliográfica com a finalidade de buscar conceitos e funções de auditorias em geral, auditoria em saúde e especificamente a aplicada ao SUS. Tal busca constituiu-se na tentativa de identificar as contribuições decorrentes da auditoria para a gestão do SUS.

A pesquisa bibliográfica concentrou-se especificamente em palavras-chave que referissem auditoria e agregação de valor a auditoria, em bases de dados reconhecidas pela Academia.

Inicialmente fez-se um levantamento bibliográfico em diversas bases de dados, com o termo “auditoria em saúde” para a pesquisa de textos no Brasil. Para uma abrangência maior, na pesquisa de textos internacionais, utilizou-se os termos *audit in health*. Com esses termos obteve-se inúmeros artigos e livros sobre auditoria em saúde. Todavia, esses trabalhos, na sua maioria, são dirigidos para avaliação da qualidade de serviços específicos ou de programas. Poucos são conceituais e de procedimentos ou processos de auditoria de saúde em geral.

Para pesquisar agregação de valor à auditoria, a busca nas bases dados foi pelos termos *add value in audit*, *adding value in audit* e *value added auditing*.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista. Essas pretenderam obter informações a respeito das atividades de auditoria e foram aplicadas aos profissionais da Secretaria de Estado da Saúde/Santa Catarina – SES/SC e aos profissionais da representação do Ministério da Saúde em Santa Catarina. Foram escolhidos seis profissionais da esfera estadual e três profissionais da esfera federal, que tenham experiência, de pelo menos cinco anos, na função de auditor. Também foram realizadas entrevistas com seis dirigentes de saúde da esfera estadual, pois são eles que se apropriarão das informações do relatório de auditoria.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais e dirigentes da esfera estadual, na Sede da Secretaria de Estado da Saúde e; com os profissionais da esfera federal, no Prédio da Representação do Ministério da Saúde em Santa Catarina.

Salientamos que o estudo é dirigido para a esfera estadual, contudo, as entrevistas com os profissionais do Ministério da Saúde têm a finalidade de contribuir com conhecimento denominado de especialista, pelo fato, de atuarem há muito tempo na área.

As entrevistas foram aplicadas, a partir de um esboço de questionamentos, o menos estruturado possível. Constituído de questões abertas, de forma que a liberdade do entrevistado seja potencializada e, por conseguinte, o entrevistador possa redirecionar as questões subseqüentes.

Essa aparente tendenciosidade é proposital e destina-se a retirar do entrevistado o máximo de informação possível, através do mínimo de organização. É trabalho da interpretação, a organização posterior do que eram os dados brutos dissolvidos no discurso dos pesquisados, para possibilitar alguma compreensão. A hermenêutica tem lugar como método de análise de dados da abordagem qualitativa como, por exemplo, refere Minayo (2006, p. 327-251).

Essa forma de proceder não é nova e encontra suas bases epistêmicas nos ensinamentos desde a Filosofia até a Psicanálise. Lacan (2000) diz que no lugar da *douta ignorantia*, que desde Sócrates, passa por Nicolás de Cusa e Montaigne, reafirma que apenas sei que nada sei. A proposta é de que seja desse lugar que não se sabe que se façam as perguntas. A partir disso, temos de considerar que não sabemos nem temos como saber qual a melhor pergunta a cada vez. É esse o motivo do questionário ser o menos estruturado possível.

Nessa direção, podemos concluir que o desejo de saber qual é a melhor pergunta coincide com a possibilidade de acreditarmos saber qual é a melhor resposta ou, minimamente, esperarmos alguma resposta mais específica – o que seria, agora sim, uma tendenciosidade.

As perguntas das entrevistas têm seu lugar porque não se sabe as respostas correspondentes. A resposta sempre é uma interpretação da realidade, mediada pela pergunta do entrevistador. O entrevistado tem uma interpretação da realidade. O entrevistador tem outra. Quando o entrevistador faz a pergunta ao entrevistado, o que mais importa é que essa interpretação do entrevistador interfira o menos possível na resposta do entrevistado.

Por essas características do método hermenêutico não cabe pensar em técnicas de entrevistas chamadas 'piloto'. Entrevista piloto teria o objetivo de adequar melhor as perguntas e isso vai na direção, novamente, da estruturação do questionário, ou seja, direção contrária a esse método.

A arte de compreensão de textos encontrará fundamento aqui, na teoria de

Habermas (2003, p. 40, 41), segundo a qual a epistemologia se ocupa da relação entre a linguagem e a realidade, ao passo que a hermenêutica tem de se ocupar, ao mesmo tempo, da tríplice relação de um proferimento que serve:

- (a) Como expressão da intenção de um falante;
- (b) Como expressão para o estabelecimento de uma relação interpessoal entre falante e ouvinte;
- (c) Como expressão sobre algo no mundo.

Além disso, cita uma quarta possibilidade, a relação entre um proferimento dado e todos os outros proferimentos possíveis, ou seja, não se compreende um texto se não se tornam claras as razões que o autor teria podido citar (HABERMAS, 2003, p. 40, 41,47).

Esse entendimento da tríplice relação de um proferimento, citado por Habermas, expressa a idéia de que os pesquisadores necessitam dessa compreensão para conduzir as entrevistas.

A forma do questionário deverá desconsiderar o primeiro item referente a intenção do falante, quando for percebida alguma intencionalidade pessoal. Quanto ao segundo item, atinente a relação interpessoal, somente serão consideradas e analisadas as possíveis interferências que esse fator possa estar determinando nos conteúdos das respostas. A relação entre o entrevistado e o pesquisador pode ser pensada como a empatia citada pela hermenêutica de Dilthey e criticada por Habermas (2003, p. 44, 45), na medida em que não há possibilidade de neutralidade na linguagem.

O terceiro item constitui-se na busca dos conhecimentos técnicos de pessoas que trabalham, já há algum tempo, no setor. Habermas (2003, p.49) refere que a hermenêutica pode produzir um saber teórico.

Dessa perspectiva, a maneira de conceber o mundo é o modo de colocá-lo em palavras, isto é, representá-lo. Se as palavras constroem o fato, este depende do horizonte lingüístico do falante. A maneira como se o descreve é sua construção.

Interessa também, além do que for citado pelo entrevistado, as outras possibilidades que sua citação dá lugar, mas que não foram proferidas – o chamado de conteúdo latente e subjetivo.

No que é expresso explicita ou objetivamente é fácil alcançarmos um

entendimento mais diretamente, a não ser que essa fala explícita faça alusão à outra coisa. O que é explícito fica, assim, quase sinonimizado ao que é objetivo e, por outro lado, o que é implícito, aludido, metaforizado, ou conotativo tende a ser visto como subjetivo.

A subjetividade é entendida muitas vezes como algo místico, profundo, esotérico, obscuro, hermético. A tarefa do método baseado na hermenêutica pretende buscar o aludido, referido ou conotado, para alcançar o que acaba por resultar no objetivado. Essa é a razão pela qual é importante que se faça a entrevista, pois só através da fala se externa essa enorme gama de sentidos que podem ficar inibidos, entreditos ou até interditados no discurso escrito.

As línguas e as linguagens são formas que permitem algum acesso à realidade, como mediadora, como representante. A fala é um texto, a compreensão é uma leitura. A partir da palavra se pode fazer alguma leitura, é ela que permite interpretação. Ao mesmo tempo em que a palavra relaciona o sujeito com o objeto, é ela mesma que os separa. A leitura é capaz de realizar essa mediação entre sujeito e objeto (REMOR, 2008, comunicação verbal)<sup>14</sup>.

Para Thompson (2007, p.357),

As formas simbólicas são construções significativas que exigem uma interpretação; elas são ações, falas, textos que, por serem construções significativas, podem ser compreendidas. O estudo das formas simbólicas é fundamentalmente e inevitavelmente um problema de compreensão e interpretação.

A influência do positivismo é relatada como sendo forte, por Thompson (2007, p.358) expressada na citação abaixo,

existe uma tentação constante de tratar fenômenos sociais em geral, e formas simbólicas em particular, como se elas fossem objetos naturais, passíveis de vários tipos de análise formal, estatística e objetiva (...) Esses tipos de análises se constituem, na melhor das hipóteses, num enfoque parcial do estudo dos fenômenos sociais e das formas simbólicas (...) Elas são parciais porque apresentam problemas qualitativamente distintos de compreensão e interpretação.

No entender de Thompson (2007, p.359, 360) é característica do humano como tal, compreender inevitavelmente a toda hora. Há na pesquisa social um

---

<sup>14</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freud-laciano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

feedback potencial, já que uma pesquisa pode afetar as condições pesquisadas. Contudo ele argumenta na direção de que isso não é um problema indesejável, mas uma possibilidade de conhecimento do âmbito sócio-histórico, dado que os seres humanos são partes da história e não somente seus observadores.

Para proceder a análise de dados, com base nas teorias da hermenêutica de Habermas (2003, p. 40, 41 e 47) e da psicanálise freudo-lacaniana, utilizou-se os passos metodológicos da hermenêutica de Thompson (2007, p.365) que se constitui de:



FIGURA 8 – Modelo referencial da Hermenêutica  
Fonte: Thompson (2007, p. 365)

Os passos metodológicos relacionados acima serão seguidos, adaptando-os ao objeto da pesquisa. Por exemplo, a análise sócio-histórica não será realizada em todos os seus passos, mas como o lugar que cada sujeito da pesquisa teve ou tem com a auditoria, que pode influenciar na construção do sentido.

A fase discursiva ou formal como também a interpretação serão utilizadas em seus passos, considerando que essas fases podem explicitar os itens de um

proferimento citado por Habermas (2003, p. 40-41).

A análise semiótica vai procurar o que representa cada conceito para cada auditor. Segundo Thompson (2007, p. 370-371) ela é vista como,

o estudo das relações entre os elementos que compõe a forma simbólica, ou o signo, e das relações entre seus elementos e os do sistema mais amplo, do qual a forma simbólica, ou o signo, podem ser parte (...) porém, esse tipo de análise é, quando muito, um enfoque parcial para o estudo das formas simbólicas. Ele está interessado primeiramente com a constituição interna das formas simbólicas, com seus elementos distintivos e suas inter-relações.

Continuando, da questão simbólica, a análise de conversação de Thompson (2007, p. 372) refere que

o princípio metodológico-chave da análise da conversação é estudar instâncias da interação lingüística nas situações concretas em que elas ocorrem; e prestando-se cuidadosa atenção às maneiras como elas estão organizadas, realçar algumas das características sistemáticas, ou 'estruturais', da interação lingüística.

A análise sintática coincide com a análise retórica. As figuras da retórica coincidem com as estruturas das sintaxes. Thompson (2007, p. 372) "se preocupa com a sintaxe prática ou a gramática prática – não com a gramática dos gramáticos, mas com a gramática ou sintaxe que atua no discurso do dia-a-dia". A coloquialidade é o termo que indica este fato.

A análise narrativa "pode ser considerada, falando de maneira geral, como um discurso que narra uma seqüência de acontecimentos" (THOMPSON, 2007, p. 373)

O último tipo da fase da análise formal ou discursiva, a análise argumentativa mostra os padrões dedutivos que o sujeito costuma usar no seu discurso. Trata-se dos aspectos sugeridos, mas não ditos expressamente. No dizer de Thompson (2007, p. 374):

Formas de discurso, como construções lingüísticas supra proposicionais, podem abranger cadeias de raciocínio que podem ser reconstruídas de várias maneiras. Essas cadeias de raciocínio geralmente não chegam a ser argumentos válidos, no sentido tradicional da lógica formal ou silogística; elas são, antes, construídas como padrões de inferência que conduzem de um tema, ou tópico, a outro, de uma maneira que seja mais ou menos convincente, mais ou menos

implícita.

Nas falas ou nos discursos, se o argumento foi bom e as pessoas foram persuadidas, são questões importantes a serem levantadas pela análise argumentativa.

A descrição das falas do entrevistado é uma primeira interpretação que faz o entrevistador. Num segundo passo, a análise dessa descrição é uma reinterpretação. A interpretação/reinterpretação de Thompson (2007, p. 375) indica que

Os métodos da análise discursiva procedem através da análise, eles quebram, dividem, desconstruem, procuram desvelar os padrões e efeitos que constituem e que operam dentro de uma forma simbólica ou discursiva. A interpretação constrói sobre esta análise, como também sobre os resultados da análise sócio-histórica. Mas a interpretação implica um movimento novo de pensamento, ela procede por síntese, por construção criativa de possíveis significados. (...) Por mais rigorosos e sistemáticos que os métodos da análise formal ou discursiva possam ser, eles não podem abolir a necessidade de uma construção criativa do significado, isto é, de uma explicação interpretativa do que está representado ou do que é dito. (...) Localizado dentro do referencial da hermenêutica de profundidade, o processo de interpretação pode ser mediado pelos métodos da análise sócio-histórica, como também pelos métodos da análise formal ou discursiva.

Concluídas as entrevistas, procederemos a análise dos resultados, apresentando as descrições das falas.

## **5.2 Análise dos dados**

Realizaremos a análise, utilizando aspectos da hermenêutica, não somente como interpretação do sentido, mas também procurando sua desconstrução, esta, por via da psicanálise.

A hermenêutica tem como meta a procura do sentido, por outro lado, a psicanálise procura sua desconstrução. Esses dois eixos teóricos, embora aparentemente opostos, dão fundamentos para as interpretações que se pretendia. Para desconstruir um sentido é preciso, antes, procurá-lo (REMOR,

2008, Comunicação verbal).<sup>15</sup>

Esse caráter de oposição, ao modo de um oxímoro, pode ser entendido da seguinte forma, se por um lado a hermenêutica anda na direção da busca de sentidos, exemplificados desde seu início, referentes às obras de Homero, passando pela exegese bíblica até a hermenêutica jurídica, por outro lado a psicanálise funda-se numa postura não essencialista. Ou seja, os sentidos que porventura sejam encontrados em seu percurso são tomados como atribuídos pelo sujeito em questão e não como essências próprias dos objetos. Assim, a psicanálise considera que os atributos são atribuídos, não estão originalmente no objeto (REMOR, 2008, Comunicação verbal)<sup>16</sup>

Essa aproximação entre a hermenêutica e a psicanálise, ainda que contenha algo paradoxal ou antitético, é procurada como instrumento para aprofundar a análise das falas. É tentar se apropriar do que foi encontrado sem ter sido procurado. Tem base na frase lacaniana “eu não procuro, acho” (LACAN, 1968).

Para a construção do questionário elencou-se seis questões, objetivas, amplas e diretas. Diretas e objetivas para manter o tema, e amplas para oportunizar aos entrevistados falar o máximo do que sabem.

1. O que é auditoria?
2. Qual a função da auditoria no SUS?
3. Em que instrumentos você se fundamenta para realizar os procedimentos de auditoria?
4. Em que instrumentos você se fundamenta para elaborar o relatório da auditoria?
5. Como o gestor é informado sobre o relatório da auditoria?
6. As informações contidas no processo de auditoria podem ser úteis para outros fins?

As respostas, além disso, servirão de base para a construção e realização

---

<sup>15</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freudolacaniano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

<sup>16</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freudolacaniano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

de outras perguntas, sua função é mais abrir possibilidade de que o entrevistado expresse o que pensa sobre o tema do que uma resposta pontual. Essa forma de entrevistas segue o princípio fundamental da psicanálise, a partir do qual, as entrevistas necessariamente são não focais. Esse não focal será útil para essa pesquisa, na medida em que permite que o direcionamento do tema seja dado pelas vivências e experiências dos auditores mais do que pela vontade da entrevistadora. (os auditores é que sabem mais responder do que eu perguntar – partem do princípio de que eles são os especialistas)

A análise documental se dará por meio de pesquisa nos processos de auditoria. Esta pesquisa será realizada em 20% dos processos concluídos entre março e abril de 2008 e autuados pela SES/SC. Nesses processos se buscarão os fatos descritos no relatório do auditor. Essa busca se justifica na medida em que se pretende conhecer as contribuições da auditoria para a gestão, além da verificação de conformidade que é por essência o caráter da auditoria. Os resultados dessa investigação terão como finalidade o fortalecimento das contribuições das entrevistas, para a elaboração de itens considerados relevantes, que poderiam constar no relatório de auditoria e apoiar a gestão do SUS.

Para a aplicação dessas técnicas, pelo fato de envolver pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da SES/SC, de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde.

A análise dos processos de auditoria, embora de comunicação escrita – e não verbal como nas entrevistas –, utilizar-se-á do mesmo método aplicado para análise das entrevistas.

Entendemos que a intenção descrita na metodologia, na busca do conhecimento dos auditores, pode encontrar proposta para o relatório da auditoria, conforme a análise e discussão de dados a seguir.

## **CAPÍTULO 6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

### **6.1 Transcrição e análise das entrevistas**

Este capítulo apresenta os dados e os analisa da forma descrita pelos procedimentos metodológicos, procurando caminhos possíveis para o aproveitamento do relatório de auditoria na tomada de decisão.

De acordo com a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto dessa pesquisa foi submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sendo aprovado com o protocolo de nº 0020.0808-08.

A análise foi realizada a partir das falas dos sujeitos da pesquisa, que estão identificados por números de 1 a 15, sendo que separamos em técnicos que exercem a função de auditor e dirigentes de saúde. Para os dirigentes, identificados pelos números de 10 a 15, foi perguntada apenas a questão de número 6 (as informações contidas no processo de auditoria podem ser úteis para outros fins?), já que eles não exercem a função, mas podem utilizar o relatório na tomada de decisão.

A análise utilizará como categorias as questões das entrevistas, sendo descritas as falas relativas ao objeto do estudo.

Usamos aqui, a interpretação como exegese, ou seja, no sentido de uma interpretação minuciosa, esclarecimento detalhado, ou seja, a hermenêutica, como compreensão de algo através da interpretação.

Após a análise de cada questão, utilizamos uma representação figurativa para representar as respostas dos entrevistados. Os termos que aparecem com mais frequência convergem para o círculo central, pois, embora não exista unanimidade, existe uma tendência mais forte sobre o entendimento de cada questão.

A primeira questão das entrevistas, referida no capítulo da metodologia, sobre “o que é auditoria?”, foi respondida pelos técnicos que exercem a função de auditor:

1. *Como um instrumento de gestão importante, subutilizado pelos gestores que o vêem mais como uma obrigação legal. Uma ferramenta para verificar as ações de saúde e, se a utilização de recursos ocorrem de acordo com a legislação.*
2. *Como análise documental ou visita in locu aos estabelecimentos de saúde, para constatar a veracidade dos fatos.*
3. *Como forma de aferir se as ações programadas são executadas com eficácia, eficiência e efetividade. Realizada posterior a efetivação do fato.*
4. *Como exame analítico e pericial dos documentos e in loco. Investigação direcionada aos fatos, buscando verificar a adequação à legislação.*
5. *Como serviço hierarquizado, de todas as esferas de governo, com objetivo de fazer cumprir as normas do SUS.*
6. *Como exame analítico e pericial, de ordem financeira e assistencial do SUS.*
7. *Como ouvir. Com o tempo, obteve outras conotações, como de fiscalização. Na saúde, verificação da conformidade, regularidade e legalidade no âmbito da gestão do SUS.*
8. *Como ouvir, pela origem do vocábulo. Não é um bom emprego do termo, porque o auditor seria um ouvidor e, somos fiscalizadores do governo, para verificar se as ações e serviços estão sendo executados e se os recursos financeiros estão sendo bem aplicados por parte dos gestores e dos prestadores de serviços, tudo com a finalidade de satisfazer o usuário.*
9. *Era considerada pelo Conselho de Contabilidade como uma função do contador. A verificação dos lançamentos contábeis se chama de auditoria contábil. Anteriormente existia o controle, avaliação e a auditoria no SUS, até que se definiu tudo como auditoria. A auditoria na área da saúde é multiprofissional, com a função de avaliação na aplicação de recursos e na execução dos serviços e também propõe sanções. O auditor propõe correções, ressarcimento e não multas ou penas, por isso ele não possui poder de polícia, de fiscal. A auditoria só propõe o ressarcimento, a devolução, o bloqueio de recursos. O auditor também não pode fechar um hospital, ele propõe o fechamento.*

### **Respostas:**

- 1 - "aferição através de um instrumento de gestão",

- 2 - “serviço”,
- 3 - “aferição de eficácia”,
- 4 - “aferição de veracidade”,
- 5 - “exame”,
- 6 - “exame”, como o que é substantivo para o conceito de auditoria,
- 7 - “ouvir, pela origem, e verificação pela função”,
- 8 - “ouvir, pela origem, mas como fiscalização pela função”,
- 9 - “avaliação pela função”.

### **Análise:**

Houve três respostas fazendo uso do termo “aferições”, duas de “exames”, duas ouvir, uma avaliação e uma de “serviço” para conceituarem auditoria. Como se trata de uma linguagem falada, diferentemente da escrita, emprega um estilo coloquial, no que Thompson chama de formas cotidianas do discurso, ou de análise sintática, que, de modo geral, convergiram nos significados.

Dos entrevistados, três basearam suas respostas no conceito de função. Suas respostas variaram entre os termos verificação, fiscalização e avaliação, sendo duas referidas pelo vocábulo “ouvir” e uma pelo termo “avaliação”. Nessas três respostas, embora também em linguagem falada, não se percebeu a mesma coloquialidade no emprego dos termos para caracterizar a auditoria. Os conceitos estão claramente sustentados numa forma de argumentação baseada nos termos técnicos que se encontram na legislação e na literatura, desde o contexto sócio-histórico do SUS. Os argumentos apresentados pelos entrevistados desse grupo, embora de fundo teórico-científico, não atingiram os objetivos persuasivos. Tais sustentações basearam-se nos mesmos pressupostos, já comentados, da legislação e da literatura sobre o tema. Pela sintaxe, pode-se dizer que as três respostas também juntam conceito com função, atribuindo o que é da função para o conceito, sintaticamente trocando o sujeito pela ação do sujeito. Aqui, com a diferença de que isso foi verbalizado pela expressão de que a resposta da segunda questão já estava contida na resposta da primeira.

Quatro citam explicitamente o conceito estruturado no acordo com a legislação ou normas, no que há uma concordância entre os entrevistados.

Como citado no capítulo da metodologia, o conteúdo expressado de modo

explícito e direto foi de fácil entendimento, não exigindo interpretação. O explicitado foi, por assim dizer, objetivado. A tarefa do método baseado na hermenêutica pretende buscar o aludido, referido ou conotado, apara alcançar o que acaba por resultar no objetivado. Essa é a razão da escolha por entrevistas.

A fala e a escrita não tem a mesma estrutura (LACAN, 2000). Seus efeitos e alcance também diferem. Esse fato é citado pelo personagem de Mário de Andrade, Macunaíma, quando cita na “Carta pras Icamiabas” que nessa terra se escreve numa língua e se fala noutra (ANDRADE, 1985, p. 66).

As línguas e as linguagens são formas de representação da realidade. A fala é um texto e a compreensão é uma leitura. A partir da palavra se pode fazer alguma leitura, é ela que permite interpretação. A leitura é capaz de realizar essa mediação entre sujeito e objeto. (REMOR, 2008, comunicação verbal)<sup>17</sup>

O caráter subjetivo dos discursos se torna objetivo, tanto na generalização de algumas respostas (respostas 1, 5, 6 e 8) quanto no seu contrário (respostas 2, 3, 4, 7 e 9), ou seja, nas tentativas de especificações que, como parciais, conotam quase literalmente a mesma dificuldade em situar o conceito.

Tudo isso concorda com as normas e com a revisão da literatura já descritas desde o início desta pesquisa sobre a falta de um conceito satisfatório de auditoria.

Pode-se notar aqui, a presença do que Thompson (2007) chama de análise sócio-histórica, no que cada um tem de importante no contexto histórico como influência em seu discurso que acaba por construir a concepção de realidade. Mostra-se claramente presente a existência do ex-INAMPS em sua estrutura originária do controle e da avaliação, que, ao ser criado no âmbito do Ministério da Saúde (SUS), chamou-se de Sistema Nacional de Auditoria, englobando os conceitos e até as atividades de controle, de avaliação e de auditoria.

O fato é construído pelo discurso do sujeito que, portanto, constrói a história, como observador e como participante. Na medida em que o Homem é também um animal histórico, sua memória é sua história e sua identidade.

---

<sup>17</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freudolaciano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

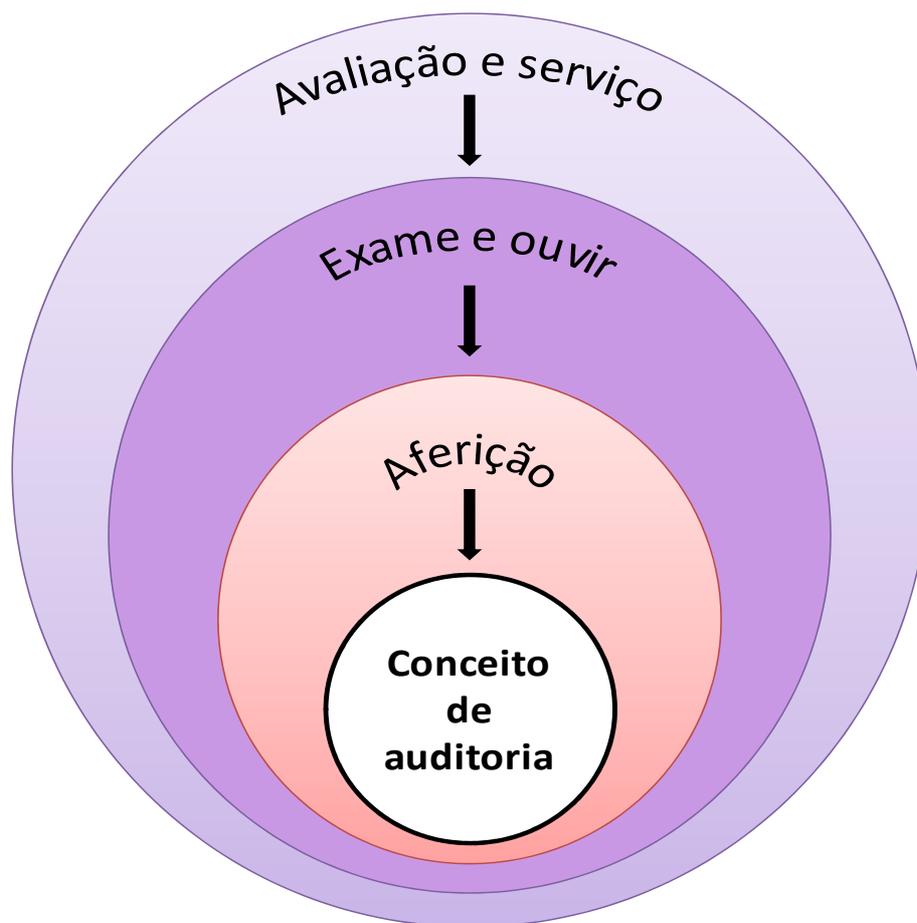


FIGURA 9 – Conceitos atribuídos à auditoria pelos entrevistados  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a segunda questão – “qual a função da auditoria?”; foram respondidas:

1. *Como função de contribuir na racionalização dos recursos e na melhoria da assistência.*
2. *Como detecção dos fatos e documentos que vão corroborar para a veracidade dos acontecimentos e denúncias, orientando o prestador ou o gestor sobre as distorções encontradas nos dados.*
3. *Como parte do processo regulador do Estado, é uma função inerente ao Estado em fiscalizar o cumprimento das ações públicas, em prol da comunidade.*
4. *Como Fiscalização e adequação da aplicação dos recursos financeiros do SUS, pois são recursos públicos, quanto a sua utilização nas ações de saúde.*

*Ação de saúde é mais abrangente que serviço. Serviço é mais restrito, direcionado a uma pessoa.*

5. *Como fazer cumprir as normas do SUS.*
6. *Na parte financeira, ela funciona como fiscalizadora, na aplicação de recursos e na assistência; avaliar os serviços e também tem a função orientadora.*
7. *Como coincidente com o conceito. .*
8. *A resposta já está incluída na primeira. [Como ouvir, pela origem do vocábulo. Não é um bom emprego do termo, porque o auditor seria um ouvidor e, somos fiscalizadores do governo, para verificar se as ações e serviços estão sendo executados e se os recursos financeiros estão sendo bem aplicados por parte dos gestores e dos prestadores de serviços, tudo com a finalidade de satisfazer o usuário.]*
9. *Como assessoramento no caso do auditor contábil, em apontar o que está errado e o que pode ser melhorado.*

### **Respostas:**

- 1 - *“racionalização de recursos e melhoria da assistência”,*
- 2 - *“detecção de veracidade e orientação do prestador ou o gestor”,*
- 3 - *“regulação e fiscalização das ações públicas”,*
- 4 - *“Fiscalização e adequação da aplicação dos recursos públicos”,*
- 5 - *“cumprimento das normas do SUS”,*
- 6 - *“fiscalização, avaliação dos serviços e orientação”,*
- 7 - *“verificação”,*
- 8 - *“ouvir, pela origem, mas como fiscalização pela função”,*
- 9 - *“assessoramento, no caso de auditoria contábil”.*

### **Análise:**

A questão se referia à função, ou seja, o que se faz no cargo, ação. Aqui, ocorreu de respostas incluírem a finalidade ou objetivo como sendo a função da auditoria.

Há quatro respostas para fiscalização e as outras cinco pulverizadas em detecção, racionalização, cumprimento, verificação e assessoramento. Contudo, podemos considerar que detecção, verificação e cumprimento podem ser

sinonimizados, ficando duas respostas: racionalização e assessoramento como independentes.

Sintaticamente, se na questão anterior juntaram conceito com função, agora juntam função com finalidade e objetivos, trocando a ação do sujeito pelo objetivo ou finalidade, ou seja, aparece o que a literatura e a legislação não deram conta de delimitar.

A análise argumentativa de Thompson (2007, p. 374) mostra os padrões dedutivos utilizados no discurso. São implícitos e não explícitos, por isso, precisam ser reconstruídos pela interpretação. Na resposta quatro aparece a sugestão sobre o que se pode deduzir a partir do caráter público dos recursos. O caráter público foi expresso no discurso, os desdobramentos e efeitos desse caráter foram apenas sugeridos, portanto, precisam ser reconstruídos pela interpretação. A resposta três refere a função pública do Estado. O Estado por trabalhar com recursos provenientes da sociedade tem, por definição, a fiscalização desses recursos. As duas respostas utilizaram argumentos nas falas – uma refere-se aos recursos públicos, objeto da auditoria; outra se refere à função do Estado e, por conseqüência, da auditoria. Mas em ambas as respostas os argumentos são insuficientes. Não referem a sustentação teórica e legal sobre a função instituída de Estado em que o contrato social não deu poderes ao Estado só por dar, mas para que a organização burocrática prestasse um serviço em troca, como a segurança, a propriedade, a justiça, a saúde. (GORDILLO, 1977, p. 24-5)

A terceira etapa de Thompson (2007, p. 375) que se refere à Interpretação/reinterpretação mostra nas respostas da questão um e da questão dois o que aparece na literatura, nas normas e até na prática, a falta de um conceito satisfatório para a auditoria e a inespecificidade de seu objeto, o que acaba causando essa falta de convergência no discurso dos que exercem auditoria.

Não se trata de um desconhecimento porque as mesmas inespecificidades que aparecem na literatura e na legislação são as que aparecem nas falas dos entrevistados. Mostra com isso que os que exercem auditoria conhecem, pelo menos em parte, a legislação que a determina e até a literatura. Os editores das normas e da literatura é que são os determinantes dessa situação. Essa é uma

mostra cabal de que a realidade depende do discurso.

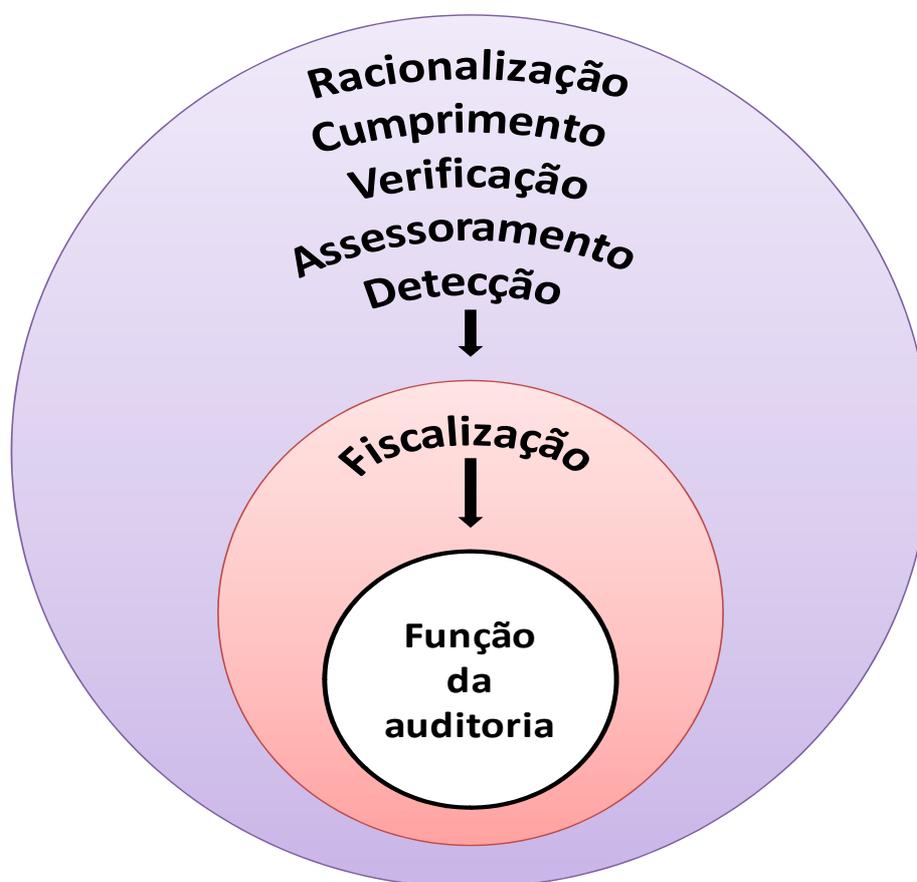


FIGURA 10 – Funções atribuídas à auditoria pelos entrevistados  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a terceira questão – “em que instrumentos você se fundamenta para realizar os procedimentos de auditoria?”; foram respondidas:

1. Baseia-se em documentos do Departamento Nacional de Auditoria – DENASUS, em Bancos de Dados (SIA/SUS; SIH/SUS; SIAB; CNES) do Ministério da Saúde e em alguns documentos do Estado de Santa Catarina, como contratos, convênios e na legislação que instituiu a auditoria no Estado.
2. Nas leis do SUS, da auditoria e nas normas operacionais do SUS.
3. Baseia-se em instrumentos virtuais; conhecimento da legislação; em levantamento por amostragem, métodos comparativos e entrevistas com usuários. Levantamento de diagnóstico da situação e conferência in loco.
4. Nos roteiros do DENASUS, relatórios do Serviço de Auditoria da

*Representação do Ministério da Saúde em Santa Catarina – SEAUD. Os relatórios da SES/SC são adaptados com base nos relatórios do SEAUD.*

5. *Nas portarias ministeriais e nas suas regulamentações. Nas normas do DENASUS e em manuais técnicos.*
6. *Nos instrumentos normativos do Ministério da Saúde que geralmente vêm anexos às portarias ou quando não, o Estado elabora esses instrumentos de acordo com a legislação.*
7. *No Ministério da Saúde, há algumas normativas que regem a auditoria, normas gerais e outros procedimentos baseados na tarefa a ser desempenhada.*
8. *As auditorias são baseadas na legislação do SUS e nas específicas de auditoria e nos manuais de informação ambulatorial e hospitalar. O campo da auditoria é muito vasto, não existe um manual específico, elas são baseadas na legislação. A legislação muda freqüentemente, até diariamente, nos casos em que a situação exige. Então, é necessário ser conhecedor da legislação.*
9. *Baseia-se na legislação do SUS e na específica de auditoria. No Sistema de Informação de Auditoria – SISAUD são colocadas todas as informações. Com base nesse sistema, são relacionados os itens a serem avaliados, verificados e a partir disso programa-se as atividades e os prazos.*

### **Respostas:**

1. “Em documentos e na legislação”.
2. “Nas leis do SUS e da auditoria”.
3. “Baseia-se em conhecimento da legislação”.
4. “Nos roteiros do DENASUS e relatórios do SEAUD do Ministério”.
5. “Nas portarias ministeriais e nas normas do DENASUS”.
6. “Nos instrumentos normativos do Ministério da Saúde”.
7. “Nas normas gerais”.
8. “Na legislação, não existe um manual específico”.
9. “Na legislação do SUS e na específica de auditoria”.

### **Análise:**

Sintaticamente, todos mantiveram-se em torno da legislação no aspecto

substantivo, ou seja, que caracteriza ou acentua alguma coisa que fundamenta os procedimentos de auditoria, como referia a questão.

A narrativa dessas respostas descreve um fio condutor mais convergente do que as anteriores, e sempre no sentido da direção da legislação ou seus derivados ou sinônimos, como normas, normativas, roteiros, relatórios, portarias.

Ainda, com relação a sintaxe, houve uma resposta [3] que identificou a legislação como fundamento, mas também os próprios procedimentos, como os objetos que fundamentam os procedimentos de auditoria, ou seja, trocando o procedimento pelo que o fundamenta.

A análise destas respostas dispensa a análise argumentativa de Thompson (2007, p. 374) dado que elas são diretas e não alusivas. Na resposta oito aparece a referência à variabilidade da legislação, justificando a falta de um modelo e referindo a necessidade do conhecimento profundo da legislação, por parte do auditor.

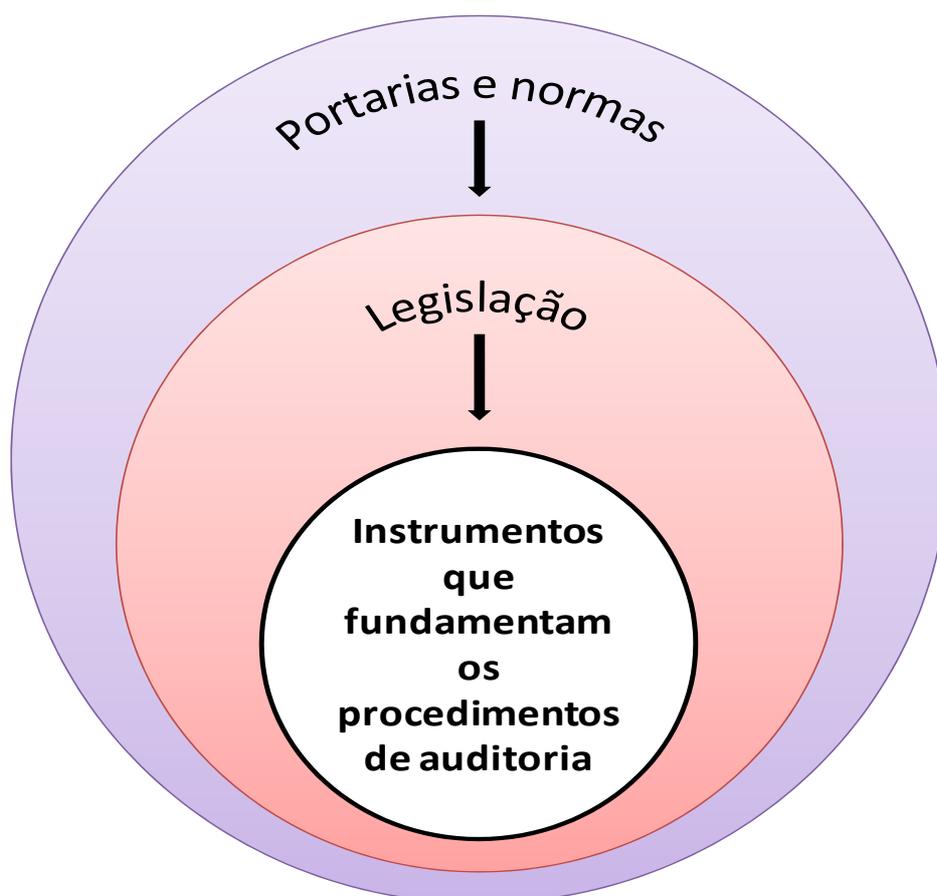


FIGURA 11 – Instrumentos que fundamentam os procedimentos de auditoria, utilizados pelos entrevistados  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a quarta questão – “em que instrumentos você se fundamenta para elaborar o relatório da auditoria?”; foram respondidas:

1. *Baseia-se em toda a legislação do SUS e na específica de auditoria.*
2. *Na legislação do SUS, da auditoria específica e nos fatos verídicos levantados na investigação do processo ou da denúncia.*
3. *Na legislação e no poder discricionário que definem as linhas adotadas, o processo em si, primando pelo levantamento da maior quantidade de informações que possa embasá-lo.*
4. *Nos dados da investigação, tentando adequar a legislação, com base na legislação do SUS, ANVISA e da contabilidade pública.*
5. *No material coletado pela investigação, nos depoimentos e nos prontuários médicos.*
6. *Baseia-se nos instrumentos legais e nos dados do processo. Não existe um modelo.*
7. *Num relatório padronizado e informatizado no Ministério da Saúde, utilizado na esfera federal. Na constatação do fato, na fundamentação e na evidência, ou seja, nas provas. Exemplo, o contrato de trabalho, é fonte de evidência, onde podem ser encontradas provas.*
8. *O relatório da auditoria é elaborado com base na legislação e nos dados coletados de forma analítica e operativa que constam no processo.*
9. *Nos dados coletados e na legislação.*

### **Respostas:**

1. “Em toda a legislação do SUS e na de auditoria”.
2. “Na legislação do SUS e na investigação”.
3. “Na legislação e no processo”.
4. “Nos dados da investigação, tentando adequar à legislação”.
5. “No material coletado, nos depoimentos e prontuários”.
6. “Nos instrumentos legais e nos dados do processo. Não existe um modelo”.
7. “Num relatório padronizado, no Ministério da Saúde. Na constatação do fato, na fundamentação e nas evidências”.

8. “Na legislação e nos dados coletados que constam no processo”.
9. “Nos dados coletados e na legislação”.

### **Análise:**

Das nove respostas, apenas duas não citaram a legislação como fundamento para elaboração do relatório de auditoria. Mesmo assim a de número sete, citou um relatório padronizado, informatizado, o que sugere clara, embora indiretamente, a legislação. Sua citação indica, como base, os fatos e evidências encontradas e registradas no processo.

Assim, apenas a resposta cinco, não refere fundamentar-se na legislação, mas sim no material coletado. A partir disso se poderia questionar ainda, com o que seria feito um paralelo com o material coletado. (Esse foi um ponto no qual a entrevista aberta permitiria ao entrevistador procurar saber, mas não aconteceu)

A quase totalidade das referências dirigiu-se à legislação como sustentáculo do relatório. Suas formas cotidianas do discurso em linguagem falada, mostra uma preocupação dos auditores com o aspecto legal e sua base na adequação com as normas. De novo, pode-se verificar uma sustentação dirigida pela e para a legislação, o que conota a importância do texto da lei, cuja consideração já foi objeto de nossa descrição anterior. A preocupação é que esse direcionamento é tão importante por definição, quanto delicado, pelo seu caráter disforme, ou seja, pela citada falta de um conceito satisfatório de auditoria

Por ser seguimento da pergunta anterior, na qual se perguntava sobre o mesmo ponto do fundamento, lá relativo aos procedimentos e agora relativo ao relatório, percebe-se um caráter mais repetitivo, objetivo e direto, o que não dá margem para muitas interpretações, na medida em que não são feitas alusões, indicações nem usos de metáforas. Neste caso, essas respostas assemelham-se mais a de um questionário objetivo, descartando a análise argumentativa de Thompson.

Há uma similaridade das narrativas em geral. Contudo, há uma referência para a falta de modelo na esfera estadual e outra referência a um modelo padronizado na esfera federal.

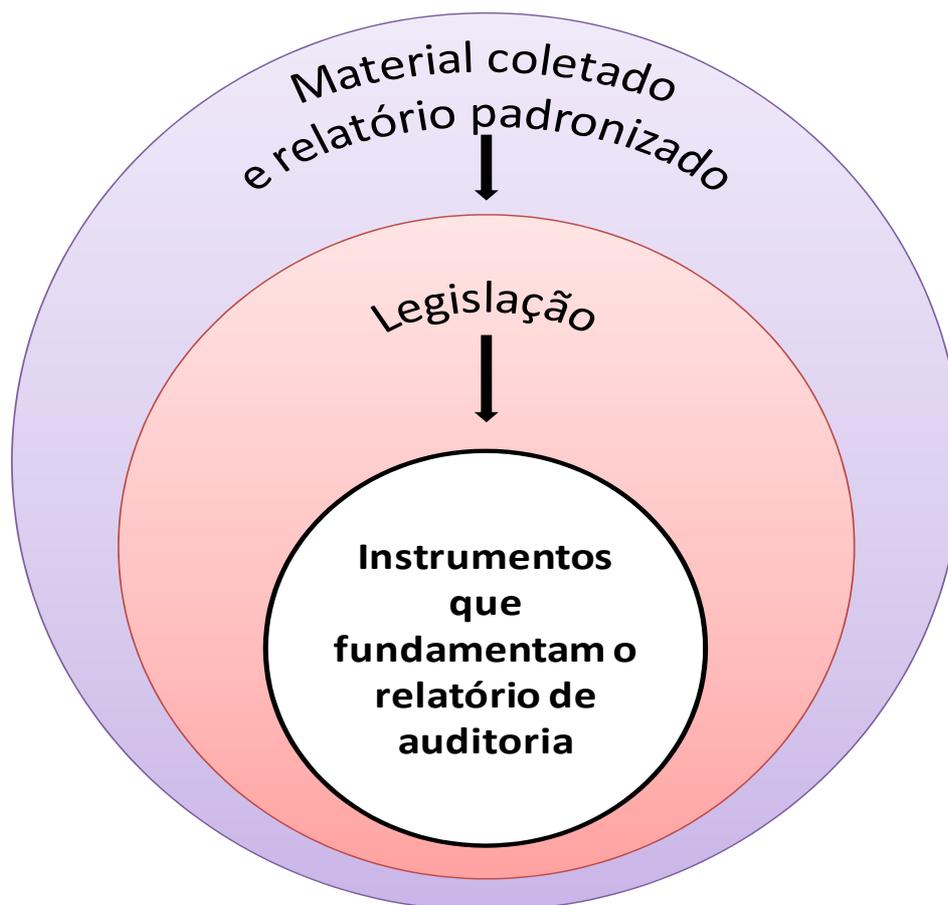


FIGURA 12 – Instrumentos que fundamentam o relatório de auditoria, utilizados pelos entrevistados  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a quinta questão – “como o gestor é informado sobre o relatório da auditoria?”; foram respondidas:

1. *O gestor estadual é informado através de um relatório sucinto sobre as auditorias abertas e concluídas a cada mês. Se o gestor estadual necessitar de mais informações, é encaminhado o processo todo. As auditorias programadas são demandas do gabinete, geralmente de gestão e no Programa de Saúde da Família – PSF. Contudo, as auditorias programadas são raras. Já o Prestador de Serviço ou o Gestor Municipal, alvos da auditoria estadual, recebem um relatório preliminar notificando-o. É estabelecido um prazo para a defesa. O Setor de Auditoria analisa a defesa e emite o parecer. Ao final, o gestor ou o prestador é oficiado com o relatório e as recomendações. A cópia do processo é encaminhada, quando couber, aos*

- Conselhos de Classe, Ministério Público, Fundo Nacional de Saúde, Vigilância Sanitária e outros.*
- 2. É dado conhecimento ao superior hierárquico por meio do próprio processo ou através do relatório.*
  - 3. O secretário deve ser sempre informado, até em primeiro lugar, cumprindo a legislação do SUS, na jurisdição de sua esfera. Na questão do auditado, primar pelo direito de defesa.*
  - 4. Mensalmente é encaminhado para a Comissão Intergestores Bipartite – CIB e para o Conselho Estadual de Saúde – CES um relatório resumido da auditoria. Para o Secretário de Estado, somente se for solicitado pelo gabinete ou for de demanda do gabinete.*
  - 5. As conclusões ou os resumos das conclusões dos processos são enviados mensalmente para à CIB e para ao CES. Em alguns casos é enviado o relatório ou o processo. Quando há necessidade de uma decisão do gabinete, também é enviado ao secretário. Se a demanda for do gabinete, é enviado o relatório ou todo o processo.*
  - 6. Enviado relatório sucinto à CIB e ao CES, mensalmente.*
  - 7. Na esfera federal, o relatório da auditoria é disponibilizado no sistema informatizado. Primeiramente, o relatório é encaminhado para câmara técnica, volta para o auditor que assina eletronicamente e segue para o Departamento Nacional de Auditoria. Em SC, na Representação do Ministério da Saúde, existe um sistema informatizado, acessado através de senha. Depois que o relatório for disponibilizado no sistema, o auditor não terá mais acesso a ele, ele não retorna. Também não existe um feedback da auditoria realizada em Santa Catarina, pelo Ministério da Saúde. As demandas de auditoria vêm do Ministério Público, do Tribunal de Contas, Secretarias e do cidadão. As auditorias programadas são demandas próprias.*
  - 8. Na esfera federal, no final do processo apurado em SC, os relatórios são enviados ao Ministério da Saúde, on line, através de sistema informatizado de auditoria. Esses relatórios são publicados no site do DENASUS do Ministério da Saúde.<sup>18</sup> Não existe um feedback sobre as auditorias enviadas para o Ministério da Saúde. Quem diz que a auditoria está encerrada é o Ministério*

---

<sup>18</sup> [www.denasus.saude.gov.br](http://www.denasus.saude.gov.br)

da Saúde. Contudo, o Ministério está pensando em repassar para o SEAUD, o encerramento e a tomada de providências. Nos casos em que a auditoria é realizada na gestão, é encaminhado ao gestor um relatório preliminar para a sua manifestação e defesa. Quando a auditoria é realizada num prestador, o relatório é encaminhado ao prestador.

9. Na esfera federal, o relatório é disponibilizado no sistema informatizado, indo para o DENASUS/MS. Antes de concluir a auditoria, o relatório é encaminhado para justificativa e defesa, com um prazo de 15 dias, podendo ser renovado por mais 15. Após isso é devolvido ao Setor de Auditoria, que conclui o trabalho. Quando houver glosa, é encaminhado para o Fundo Nacional de Saúde para proceder o recolhimento dos recursos. Também vai para o auditado para conhecimento, para o Conselho de Saúde do auditado, para o Conselho Estadual de Saúde, para o Setor de Auditoria Estadual e, via sistema informatizado, para o DENASUS/MS. Quando conote má fé do gestor ou do prestador, o processo é encaminhado ao Ministério Público.

### **Respostas:**

1. “Relatório sucinto mensal”.
2. “Relatório ou próprio processo ao superior hierárquico”.
3. “O gestor deveria ser informado em primeiro lugar”.
4. “Relatório resumido à CIB e ao CES mensal”.
5. “Conclusões da auditoria ou resumo das conclusões à CIB e ao CES mensal”.
6. “Relatório sucinto mensal à CIB e ao CES”.
7. “Na esfera Federal, enviado ao Ministério da Saúde, via sistema *on line*”.
8. “Na esfera Federal, enviado ao Ministério da Saúde, via sistema *on line*”.
9. “Na esfera Federal, enviado ao Ministério da Saúde, via sistema *on line*”.

### **Análise:**

O gestor é informado, na esfera estadual, por meio de um relatório sucinto, enviado à Comissão Intergestores Bipartite – CIB e ao Conselho Estadual de Saúde – CES. O Coordenador e Presidente de cada uma dessas instâncias, respectivamente, é o Secretário de Estado da Saúde e, portanto, Gestor Estadual.

Embora a auditoria seja uma atividade obrigatória no âmbito do SUS, ela

parece não estar institucionalizada na cultura de seus operadores, porque não há um fluxo ou um processo que resulte em intervenção e retroalimentação para a gestão. Para os técnicos da esfera estadual, a informação é encaminhada através de um relatório sucinto e houve uma argumentação, alertando da importância de que o gestor seja o primeiro a ser informado. Isso mostra tanto a importância da informação chegar ao gestor quanto conota que a realidade não seja esta. Há prioridade em informar o gestor estadual sobre o resultado da auditoria quando elas forem originadas por solicitação do Gestor ou quando programadas, que nesses casos, freqüentemente são de iniciativa também do gestor.

Na representação da esfera federal, em SC, o gestor, que no caso, trata-se do Ministério da Saúde, é informado através de relatório, encaminhado via *on line*. Contudo não há um feedback para os auditores sobre as intervenções, como também, depois que o relatório é disponibilizado *on line*, o auditor não consegue mais acessar as informações.

Chama atenção a construção da história, ou seja, do SUS, que juntou funções, atividades e pessoas de três esferas de governo como se fosse uma única. Isso, ao mesmo tempo em que une, também separa porque atribuem funções de auditoria semelhantes para cada esfera, num sistema que se chama único.

O contexto sócio-histórico mostrou-se definidor e fez sentir sua influência nas respostas. Por exemplo, a auditoria foi instituída no âmbito do SUS, regulamentada pelo governo federal que atribuiu funções para as três esferas, mas sem hierarquia de subordinação nem com algum mecanismo de integração. Nas normas, como já foi citado, gestão ora refere-se à administração dos recursos, ora ao território.

Essa ambigüidade permeia a execução dessas atividades desde a sua concepção e aparece nas narrativas dos auditores, quando se referem de forma tímida em relação a qualquer uso da auditoria. Podemos pensar nesta timidez como um dos resultados desse contexto sócio-histórico.

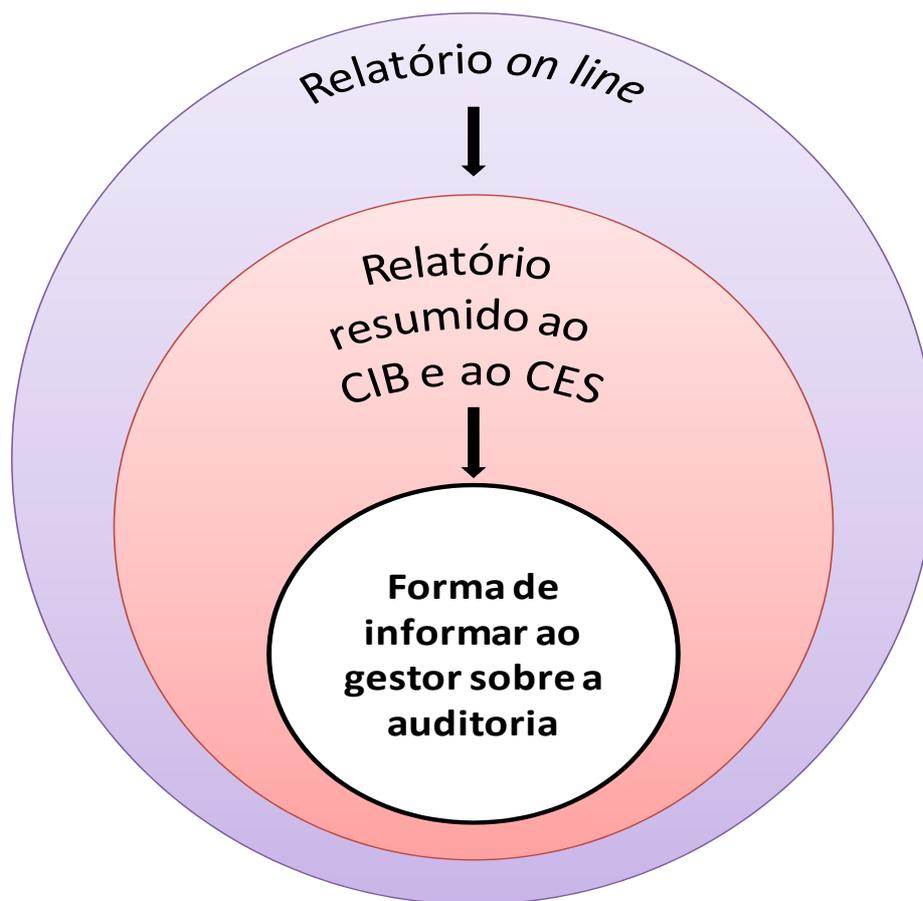


FIGURA 13 – Forma de informar o gestor sobre a auditoria, segundo os entrevistados  
 Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a sexta questão (última) – “as informações contidas no processo de auditoria podem ser úteis para outros fins?”; foram respondidas:

1. *Com certeza. Por exemplo, para a programação, pelos gestores municipais. Para o gestor estadual, seria interessante um estudo do histórico dos casos de contratos e convênios.*
2. *Sim, para outras auditorias subseqüentes e para melhoria do SUS com relação a denúncias e melhorias de outros projetos, programas.*
3. *Além da finalização do processo, ele deve conter as recomendações para as melhores práticas da gestão dos recursos do SUS. Refere ainda que já presenciou mudanças decorrentes de auditoria e por isso acha que devem ser feitas, sobretudo, as recomendações. Acredita que muitas distorções podem ser mais por desconhecimento, do que por má fé.*

4. Às vezes são solicitadas pelo Setor de Controle e Avaliação, a verificação do histórico do prestador de serviço, no momento da assinatura do termo de compromisso ou de garantia de acesso, ou nos casos em que há alocação de recursos. Isso não é feito regularmente pela auditoria, somente quando é solicitado.
5. Utiliza para o Ministério Público e Órgãos de Classe. A auditoria tem um fim específico que é de coibir os gestores e/ou prestadores de serviços de cometerem irregularidades. Para o gestor ou para o prestador é encaminhado no final da auditoria, uma notificação com as recomendações.
6. Servem para subsidiar o Ministério Público e também Órgãos de Classe. Isso tem mostrado resultados efetivos
7. Não, na esfera federal, desde que as informações estejam fundamentadas e com evidências é o que basta para o gestor tomar a decisão. São as informações já previstas do relatório padronizado para fins de auditoria somente.
8. Na esfera federal, às vezes, se tem um objetivo e se encontra uma situação que merece outros desdobramentos. Se a situação encontrada é inadequada, a auditoria recomenda e dá os encaminhamentos. A auditoria deveria ser orientadora, pois muitos técnicos e gestores solicitam a presença deles para esclarecimentos e orientação sobre a legislação.
9. Na esfera federal, os relatórios de auditoria são encaminhados para o DENASUS e para órgãos específicos do Ministério da Saúde, por exemplo, Setor de Saúde da Família, Setor de AIDS, etc. Contudo, não existe um feedback para a Representação em Santa Catarina, sobre as providências tomadas pelo Ministério da Saúde. Os relatórios são enviados, mas os auditores de SC não ficam sabendo se houve alguma providência sobre as auditorias. Há aproximadamente dois anos, a auditoria no Ministério da Saúde passou para a Secretaria de Gestão Participativa, perdendo mais poder. Antes era subordinada ao Gabinete do Ministro, portanto, mais valorizada.

### **Respostas:**

- 1.-“Sim. Para a programação, pelos gestores municipais. Para o gestor estadual, um estudo do histórico dos casos de contratos e convênios.”

- 2- *“Sim, para outras auditorias subseqüentes e para outros projetos, programas.”*
- 3- *“Sim, para melhores práticas da gestão dos recursos do SUS.”*
- 4- *“Sim, para realização do histórico do prestador de serviço, no momento da assinatura do termo de compromisso ou de garantia de acesso.”*
- 5- *“Sim, para coibir os gestores e/ou prestadores de serviços de cometerem irregularidades.”*
- 6- *“Sim, servem para subsidiar o Ministério Público e também Órgãos de Classe. Isso tem mostrado resultados efetivos.”*
7. *“Não, na esfera federal, desde que as informações estejam fundamentadas e com evidências é o que basta para o gestor tomar a decisão. São as informações já previstas no relatório padronizado.”*
- 8- *“Sim, às vezes, no sentido de orientar”.*
- 9- *“Na esfera federal, não existe um feedback da auditoria, por parte do Ministério da Saúde, para a Representação em Santa Catarina.”*

### **Análise:**

A questão 6 sugere uma função do relatório de auditoria além da propriamente dita, partindo do pressuposto de que ela é pouco utilizada pelos gestores.

Todos disseram “sim”, contudo com valor de “não”, pois suas concordâncias de outros fins citam os fins que já são os de auditoria. Portanto seus “sins” representam inequivocamente um “não”, do mesmo modo que Freud cita no artigo sobre os chistes, da seguinte forma:

Frederico, o Grande, ouviu falar de um pregador na Silésia que tinha a reputação de entrar em contato com os espíritos. Mandou buscar o homem e recebeu-o com a pergunta: Você pode conjurar os espíritos? A resposta foi: Às ordens de sua Majestade. Mas eles não vêm (FREUD, 1976a; v. VIII, p. 88).

Ou outro em que:

Em um de seus passeios a cavalo aconteceu ao Duque Charles de Württemberg encontrar um tintureiro, ocupado em seu ofício. Apontando o cavalo cinza que estava cavalgando, o Duque bradou: Podes tingi-lo de azul? – Naturalmente, Alteza, foi a resposta, se ele suportar a fervura (FREUD, 1976a; v. VIII, p. 87).

Sete entrevistados responderam que as informações dos relatórios de auditoria poderiam servir a outras finalidades, que não apenas a resolução do caso auditado. Contudo, as informações citadas são de sustentação do próprio objeto de auditoria, como no histórico dos casos, para auditorias subseqüentes, para melhores práticas da gestão, para historiar o prestador de serviços, para coibir os gestores e prestadores de serviços sobre irregularidades, subsidiar outros órgãos Ministério Público e no sentido de orientar. Com exceção do último termo “orientar”, todos os outros termos citados como sendo além, não passam da função de retroalimentação da auditoria.

Quanto à função de orientação, julgamo-la inadequada para auditoria; orientação é atribuição do gestor nas funções de cooperação técnica, de controle e de avaliação, entre outras.

Um deles afirma que não deve ser utilizada para outros fins, pois utilizam um relatório padronizado, mas cita a necessidade do relatório estar fundamentado na legislação e em evidências dos fatos.

O outro, deixa que a intenção – chamada por Habermas – do falante, se sobreponha ao conteúdo da pergunta. Refere desconhecer as intervenções resultantes das auditorias, pois não existe um *feedback* para os auditores, de modo que não manifesta nenhuma outra possibilidade. Outro fato citado é a mudança da estrutura da auditoria no Ministério da Saúde, saindo da subordinação direta do Gabinete do Ministro para uma outra Secretaria, julgando-a, a partir disso, como menos valorizada.

Aqui aparece o contexto sócio-histórico da implantação do SUS, em que os auditores construíram a história da auditoria, instituindo essa estrutura nas três esferas com funções similares, mas sem subordinação hierárquica. Como a esfera federal é a detentora da confecção das normas e dos recursos financeiros, essa parte de execução resultou confusa para os funcionários remanescentes dessa esfera, aparecendo claramente nas funções do auditor. Mesmo com toda a experiência e conhecimento ela não tem uma função definida com finalidade e importância. Essa função ficou mais valorizada na esfera estadual, que além de gestora é executora.



FIGURA 14 – Utilidades das informações dos relatórios de auditoria para outros fins, segundo os técnicos  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

Sobre a sexta questão (última) – “as informações contidas no processo de auditoria podem ser úteis para outros fins?”; foram respondidas também, de agora em diante, pelos dirigentes da esfera estadual, de número 10 a 15:

10. *Para o setor do entrevistado, a auditoria já não acrescenta. Necessita de informações em tempo real.*
11. *O que seria importante ter na auditoria seria um resumo para o serviço de contabilidade. Acha que deveria ter um mecanismo em que os recursos cobrados indevidamente fossem registrados na contabilidade, para que houvesse um acompanhamento interno. Um resumo do relatório com as quantias a serem devolvidas, para serem registradas na contabilidade do Estado. A contabilidade não conhece as distorções que ocorrem com o fundo, sobre as glosas e multas, a não ser que a auditoria seja feita pela própria*

contabilidade. Acredita que, muitas vezes as glosas e as multas são descontadas das receitas, por isso sugere que sejam encaminhadas a contabilidade para os registros.

12. Houve caso em que foram tomadas providências com base no relatório de auditoria e o mesmo estava com embasamento errado. Por isso, o relatório deve ser claro, objetivo, conclusivo, factível e, sobretudo, rigorosamente embasado na legislação, para que o mesmo apresente segurança para a tomada de decisão. Deveria haver também a informação sobre a reincidência do serviço. Acha que deveria ter uma matriz de valoração do grau da gravidade da distorção no relatório, mas isso não ocorre. O setor estadual deve verificar, na execução de uma auditoria, os resultados das auditorias realizadas pela esfera municipal, referente ao serviço auditado.
13. O relatório deve ter uma linguagem correta, sem rasuras, dentro de um formato que sirva para ser analisado pelas instâncias pertinentes ao assunto como o Ministério Público, Órgãos de Classe, etc. Deve ser conciso, claro na linguagem e na mensagem. Deve ser tempestivo, dentro de um laço temporal. Não deve omitir fatos, cumprindo com total integralidade, e acima de tudo, conclusivo e com convicções. Não basta referir as regras infringidas, mas ter um olhar crítico sobre a qualidade da assistência que se está prestando ao cidadão. Delimitar o impacto, o alcance, até para poder reorientar. O auditor deve estar calcado na legislação, mas, sobretudo, ter sensibilidade para avaliar o grau de gravidade da distorção sobre a assistência.
14. A vistoria feita pela auditoria contém as informações necessárias a contratualização. Essa é a avaliação de Estabelecimentos de Saúde. Dentro da auditoria existe uma modalidade específica para a contratualização. Alguns relatórios são mais bem instruídos que outros. Isso depende da capacidade dos auditores. Deve ter sempre no relatório de auditoria: o fato gerador e a análise com o contrato; a descrição da capacidade instalada; as punições, definições e prazos para a defesa. Também devem constar os encaminhamentos no caso de descumprimento da punição e resolução do problema, até mesmo, o prazo para a descontinuidade do contrato, dependendo do caso. Deve estar bem fundamentado e conclusivo.
15. Hoje, para habilitação de Estabelecimentos de Saúde para compor uma Rede

de Serviços, se utiliza a lógica do check list. Se faz um diagnóstico epidemiológico, constatação da capacidade instalada para definir a escolha das unidades que atenderiam melhor o parâmetro. Mas há um problema, porque não se consegue respostas satisfatórias. Os relatórios apresentam, muitas vezes, uma análise superficial, não contribuindo para a tomada de decisão. O relatório padronizado com check list facilitaria a realização do relatório e a agregação das informações, mas é importante a análise do auditor. Algumas pessoas querem usar o relatório de auditoria para outros fins, mas não sabem que informações necessitam e quando recebem o relatório não ficam satisfeitas. Uma das coisas que dificulta isso é a falta de definição do objeto a ser auditado.

### **Respostas:**

- 10- *“Para o setor do entrevistado a auditoria já não acrescenta. Necessita de informações em tempo real.”*
- 11- *“Seria importante um resumo para o serviço de contabilidade.”*
- 12- *“Embasado rigorosamente na legislação. Deveria haver também a informação sobre a reincidência do serviço. Acha que deveria ter uma matriz de valoração do grau da gravidade da distorção no relatório, mas isso não ocorre.”*
- 13- *“Não basta referir as regras infringidas, mas ter um olhar crítico sobre a qualidade da assistência que se está prestando ao cidadão. Delimitar o impacto, o alcance, até para poder reorientar. O auditor deve estar calcado na legislação e, sobretudo, ter sensibilidade para avaliar o grau de gravidade da distorção sobre a assistência.*
- 14- *“Deve estar bem fundamentado e ser conclusivo.”*
- 15- *“Sim, para a tomada de decisão, mas uma das coisas que dificulta isso é a falta de definição do objeto a ser auditado”.*

### **Análise:**

Considerando que sejam gestores, chama à atenção a primeira resposta, pois indica que a auditoria não acrescenta nada, dado seu caráter não imediato, o que não deixa dúvida de que não serviria para outro fim. Aqui se confirma a pouca importância dada pelo gestor à auditoria.

Outro entrevistado considera importante certo aspecto contábil. O que mostra a não utilização da auditoria.

O entrevistado 12 coloca que a função de auditoria é importante, mas que os relatórios não oferecem segurança para a tomada de decisão pelo gestor. Cita que houve caso em que foi tomada uma decisão com base no relatório, mas este continha informações erradas. A construção do relatório deveria considerar a reincidência e a gravidade da distorção, e por isso, sugere uma escala de valoração de gravidade de distorções, a qual julga-se que seja relativa aos prejuízos à assistência e à gestão do SUS.

Disso se pode deduzir que a auditoria tem sua importância, mas que peca pela fragilidade em oferecer segurança para a tomada de decisão.

Outro entrevistado considera importante a linguagem, o caráter conclusivo e o olhar crítico do auditor sobre a qualidade da assistência. O auditor deve estar calcado na legislação, sobretudo, ter sensibilidade para avaliar o grau de gravidade da distorção sobre a assistência. Mais uma vez aparece a fragilidade do relatório de auditoria.

O entrevistado 14 fornece a função da auditoria, mas não a resposta.

O último dos dirigentes entrevistado cita que a possibilidade de usar o relatório de auditoria para outros fins é frustrada pela indefinição do objeto a ser auditado, sugerindo um relatório padronizado com check list, mas não dispensando a análise do auditor.

Embora, muitos dos entrevistados concordem que devam existir informações para outros fins no relatório de auditoria, o que se pode constatar é o desejo que se elabore prioritariamente um relatório fundamentado na legislação, com evidências dos fatos, com clareza na linguagem, conclusivo e, que forneça segurança ao gestor para a tomada de decisão.



FIGURA 15 – Utilidades das informações dos relatórios de auditoria para outros fins, segundo os dirigentes  
Fonte: Remor, 2008 (a autora)

## REINTERPRETAÇÃO

Após concluir a análise dos dados, utilizando os passos do referencial da Hermenêutica de Thompson (2007, p. 365) e procedimentos de psicanálise, temos que:

Na análise sócio-histórica aparece a participação dos sujeitos na construção do SUS e conseqüentemente, na instituição da auditoria. Isto pode ser constatado nos diferentes conceitos e nas funções atribuídas à auditoria. Originária das atividades de controle e avaliação, atividades que existiam no ex-INAMPS, e exercida pelos mesmos técnicos, a auditoria foi instituída no âmbito do SUS como uma concepção mal definida.

Também conta nesse contexto as resistências dos funcionários de vários

Órgãos e Instituições que automaticamente integraram o SUS. Essa junção não agradou a todos, considerando desde as diferenças de direitos trabalhistas até a cultura institucional de origem.

Do que Thompson chama de análise formal ou discursiva, pode-se perceber, no discurso coloquial e, portanto mais livre, uma multiplicidade de termos e concepções, mas que acabam por convergir para o mesmo sentido.

Pareceu a primeira vista, que havia desconhecimento a respeito do tema, por parte dos que atuam diretamente na auditoria. Contudo, no decorrer da reinterpretação dos enunciados das respostas mostrou-se uma realidade inesperada. Essa coloquialidade era a fidelidade do pensamento dos entrevistados aos princípios e a literatura sobre auditoria.

Podemos concluir também, a partir disso, que a idéia inicial era mais baseada na aparência do que na realidade, configurando-se no que se pode pensar como uma pré-concepção ou mesmo um preconceito. Só o trabalho da interpretação minuciosa pode quebrar essa pré-concepção e dar lugar a uma atitude que deve ser própria da ciência.

O sujeito leitor e o objeto texto tornam-se pela leitura, intercambiantes. Desde que a leitura tente desconstruir o texto, há uma violentação ao leitor e ao texto. Violentação esta, que mostra a resistência em deixar o lugar narcísico, do preconceito, da garantia e dar lugar ao novo, ao desconhecido, mais precisamente ao diferente. Toda leitura é releitura, pois tenta decompor os constituintes do texto. Mas também, o texto é sempre maior que sua leitura e é construído de outros textos (REMOR, 2008, comunicação verbal).<sup>19</sup>

Uma teoria sobre texto e leitura também é uma teoria do conhecimento. São atividades de um velar e um re-velar constante (REMOR, 2008, comunicação verbal).<sup>20</sup>

Além das questões acima, alguns entrevistados mencionaram durante as

---

<sup>19</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freudolaciano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

<sup>20</sup> REMOR, Carlos Augusto M. Psicanalista Freudolaciano. Professor da Disciplina Hermenêutica e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Comunicação verbal sobre hermenêutica e psicanálise.

entrevistas, relações do tema com os conceitos de controle, avaliação, ações e serviços de saúde. Sobre esses conceitos, foi perguntado para alguns dos entrevistados, sobre o que eles entendiam por esses conceitos, já que esses estão relacionados com os objetivos da pesquisa e foram citados pelos entrevistados.

Os entrevistados responderam:

3. *Quanto às atividades de controle, avaliação e auditoria, o controle e avaliação fazem parte de todo o processo do desenvolvimento das ações e serviços de saúde, enquanto a auditoria é feita somente no pós executado.*

A resposta define as atividades pela temporalidade em que se dão as ações e serviços de saúde.

4. *Sobre o controle, avaliação e auditoria, quando eles exercem os seus papéis, o gestor tem uma visão da saúde do seu município, que consegue ter um controle sobre o que está funcionando ou não. Onde o controle e avaliação funcionam, evita-se a auditoria. Se o gestor controla e regula, não há necessidade de auditoria, a não ser nos casos em que haja distorção ou denúncia.*

A resposta refere a importância do controle, da avaliação e da auditoria para o gestor de saúde, não aos conceitos.

5. *Sobre ações de saúde, elas estão relacionadas com a assistência. Serviço é o serviço específico. Exemplo: fisioterapia.*

*Sobre o controle e avaliação, esse tem uma grande demanda e por isso, com sua separação da auditoria, melhorou bastante o trabalho da auditoria.*

As respostas baseiam-se num caráter exageradamente relacional e circular, desde o qual um refere o outro o outro refere o um. Além do que a auditoria fica reduzida a uma melhoria pela separação dos outros itens.

6. *Entende por controle e avaliação, as atividades que deveriam ser feitas antes da auditoria e encaminhadas, se for o caso, para a auditoria. Entende por ações de saúde, os passos para implantar um serviço. E serviço como a efetivação da ação.*

O entrevistado definiu as atividades de controle, avaliação e auditoria pela temporalidade.

7. *Sobre ações de saúde, refere que é um movimento para atingir um resultado,*

*é Planejamento, é a intenção, é a programação. Enquanto serviço define como a forma sistematizada de fazer a coisa. É um conjunto de recursos utilizáveis numa ação. Serviço é um meio, algo mais físico, são recursos.*

*Sobre controle e Avaliação, refere que avaliação usa critérios, parâmetros, padrões de qualidade. Verifica se as metas, se as ações estão sendo alcançadas. Controle é o papel verdadeiro de gestor. Como exemplo: Como eu controlo uma sala de aula com 50 alunos. É no sentido de dominar, impor regras, limites, normativas. Exemplo: autorizar procedimentos.*

*Auditoria é para fato já praticado, passado. Por si só, auditoria altera a realidade, previne as distorções e recorrências. Já auditoria preventiva combinaria como orientação. Mas, isso é gestão e não auditoria.*

8. *Sobre controle e avaliação, entende como sendo algo contínuo enquanto a auditoria é pontual. O controle e avaliação funcionam a partir da constatação dos resultados de indicadores e de demanda. Também é função do controle e avaliação, os procedimentos de autorização, algo que não deve ser feito pela auditoria, pois ela fiscalizaria o que ela mesma autorizou.*

*Sobre ações de saúde entende como uma programação, meios que vão gerar o serviço. Entende serviço como produto final.*

*Entende que o auditor tem uma função que exige um grande conhecimento, certa postura, e um entendimento da legislação que depende da interpretação. Cita a legislação do acompanhante, por exemplo “o estabelecimento de saúde deve dispor de acomodação para o acompanhante do paciente”. Questiona se esse tipo de acomodação é cama, cadeira, ou sofá, etc. E acredita que, pela imprecisão da legislação, o auditor deva considerar acomodação qualquer um dos exemplos citados.*

9. *Sobre ações e serviços de saúde, refere que nunca havia pensado nesses conceitos.*

*Sobre controle e avaliação, refere que são atividades que possibilitam a regulação. Já a auditoria também possibilita a regulação, mas é realizada pós-fato, o que difere do controle e avaliação. Exemplifica, referindo que a auditoria é realizada quando o “bolo está feito”. Quando a auditoria é realizada durante a execução chamam-na de cooperação técnica.*

**Análise:**

Pode-se constatar que os entrevistados conceituam controle e avaliação como:

3. *“controle e avaliação fazem parte de todo o processo do desenvolvimento das ações e serviços de saúde”.*
4. *“Onde o controle e avaliação funcionam, evita-se a auditoria”.*
6. *“as atividades executadas anterior ao fato ocorrer”.*
5. *“não conceitua”.*
7. *“avaliação usa critérios, parâmetros, padrões de qualidade. Verifica se as metas, se as ações estão sendo alcançadas. Controle é o papel verdadeiro de gestor”, enquanto “auditoria é para fato já praticado, passado. Por si só, auditoria altera a realidade, previne as distorções e recorrências”.*
8. *“funcionam a partir da constatação dos resultados de indicadores e de demanda”.*
9. *“funcionam como atividades que possibilitam a regulação”.*

Embora haja diferenças nas respostas, há uma convergência sobre os conceitos de controle e avaliação, quanto à temporalidade em que ele ocorra e nos instrumentos que ele utilize. O controle e avaliação são prospectivos, ou seja, fazem parte de um projeto para execução futura. Sua atuação antecede o fato a que se refere. Utilizam, na sua projeção, critérios, parâmetros, especificações, protocolos e outros.

Os entrevistados têm claro que o controle e avaliação fazem conjunto em suas similaridades com relação às características acima citadas, diferenciando a auditoria por essas mesmas características.

Desse modo, o controle e avaliação são adequados com os procedimentos de padronização.

Por outro lado, a auditoria só deveria ser executada posteriormente à prestação do serviço. Serviço, objeto da auditoria, de acordo com a literatura citada, é intangível, não podendo ser estocado, nem padronizado.

Pode-se constatar também que os entrevistados conceituam ações e serviços das mais diversas formas, como:

6. *“ações de saúde são os passos para implantar um serviço. E serviço como a efetivação da ação”.*
7. *“ações de saúde é um movimento para atingir um resultado, é planejamento, é intenção, é a programação. Serviço é a forma sistematizada de fazer a coisa. É um conjunto de recursos utilizáveis numa ação. Serviço é um meio, algo mais físico, são recursos”.*
8. *“ações de saúde é programação, meios que vão gerar o serviço. Serviço é o produto final”.*
9. *“nunca havia pensado nesses conceitos”.*

Sobre ações e serviços, não encontramos um consenso relativo aos conceitos.

Houve resposta como a de número 9 que cita “não haver pensado nisso”. Aqui a questão não se baseia tanto no conhecimento quanto no reconhecimento do não saber. O não saber frente ao texto permite por outro lado, a procura do saber, produz efeitos, faz movimentos, tira da estagnação, da adaptação.

## **6.2 Análise documental**

Na análise de documentos, foram analisados 05, dos 12 processos iniciados e concluídos entre março e abril/2008, pela auditoria da SES, no nível central.

Os processos se referiam a denúncias de cobrança indevida, tentativa de cobrança, indução do atendimento do usuário do SUS para consultório particular e de negligência médica.

Os processos foram instruídos de forma analítica, ou seja, por meio de documentos, com exceção de um, complementado com auditoria operacional, realizada *in loco*, onde se deu o atendimento ao usuário.

A análise dos processos confirma o que foi encontrado nas entrevistas, ou seja, os relatórios em sua fundamentação, ora citam normas, legislação e não apresentam provas, ora, se apresenta de forma inversa.

Os relatórios estão instruídos com informações restritas à denúncia, com fundamentação teórica ou legislativa incipiente. Uns apresentam prova da

denúncia, outros não, resultando em arquivamento do processo. Não havia informações adicionais sobre o prestador de serviço, sobre o profissional responsável pelo atendimento ou sobre atendimentos anteriores ocorridos no estabelecimento de saúde investigado.

A auditoria realizada de forma operacional pareceu melhor fundamentada e com subsídios mais fortes para que se pudesse proceder alguma intervenção. Seu relatório apresenta a capacidade instalada do hospital, relativa às áreas físicas, recursos humanos, equipamentos e materiais. Também foram levantados os procedimentos realizados, horários de atendimentos e realizadas entrevistas com usuários a fim de avaliar o grau de satisfação com os atendimentos.

### **6.3 Análise geral**

Quanto aos conceitos propostos nos objetivos, pela análise dos dados das entrevistas, constatou-se que o pensado inicialmente em termos conceituais, utilizados de forma imprecisa e inadequada, mostrou-se uma questão devida, em sua maioria, à coloquialidade, percebida por meio da interpretação, pois eles convergiam no significado. Os entrevistados, embora dessem a impressão de não conhecer a literatura, não se tratava disso. A imprecisão está na legislação e na própria literatura. Sendo encontrado no léxico, o termo “aferir” como sinônimo de conferir (pesos, medidas, etc.) com os respectivos padrões, afilar; “exame” como Investigação, pesquisa, observação ou análise de alguma coisa, dum fato; “ouvir” como perceber, entender (os sons) pelo sentido da audição, dar ouvidos às palavras de; “escutar”; “avaliação” como determinar a valia ou o valor de; e, “serviço” como desempenho de qualquer trabalho (AURÉLIO, 2000).

Constatou-se que os procedimentos e relatório de auditoria foram elaborados com base, principalmente na legislação.

A função de auditoria convergiu fortemente para a fiscalização, inclusive com citações da obrigação governamental e da procedência dos recursos financeiros utilizados no SUS.

Constatou-se que não existe uniformidade nos procedimentos de auditoria, não há padronização de relatórios, o que vai ao encontro da proposta de pesquisa, que o relatório sirva para a tomada de decisão sem que para isso seja

uniformizado, sistematizado ou padronizado.

Quanto às informações do relatório de auditoria, houve várias respostas de que pode haver informações para outros fins, além da auditoria propriamente dita. Mas, o que ficou evidenciado nas falas dos entrevistados é a necessidade de que o relatório seja elaborado com fundamentos que dêem segurança ao gestor para a tomada de decisão.

Quanto aos os conceitos, os de controle e avaliação convergiram quanto à temporalidade em que os serviços são prestados e quanto aos instrumentos utilizados. Sua atuação antecede o fato a que se refere. Utilizam, na sua projeção, critérios, parâmetros, especificações, protocolos e outros.

Quanto ao conceito de serviço de saúde, não houve consenso nas falas dos entrevistados.

## CAPÍTULO 7. PROPOSTA

### 7.1 A interpretação na auditoria

A interpretação utilizada como método de análise de dados foi pertinente para analisar os dados dessa pesquisa, tanto quanto pode ser para a função do auditor. Se há algo na prática da auditoria que não pode ser formalizada ou padronizada, visto que depende da interpretação que o auditor atribuirá aos fatos investigados, o conhecimento do método e das funções da linguagem são relevantes. Se não houvesse necessidade de interpretação para a construção de um entendimento por parte do auditor, a legislação bastaria. Isso contraria o que se pensou antes da realização dessa pesquisa, de que a auditoria poderia ser sistematizada e padronizada, tendo como base o fato de que o SUS é um sistema único em todo o território nacional. Similar às ciências jurídicas, o sujeito auditado sempre pode incluir no processo seus argumentos de defesa, o que passa a ser objeto de interpretação. Os depoimentos colhidos numa auditoria externam muitos sentidos que poderiam ficar obscurecidos nos textos escritos. Assim como Freud fez uma comparação entre a tarefa do analista e a do detetive, podemos pensar com a mesma estrutura comparativa, a atividade do auditor, pois este também tem, muitas vezes, a tarefa de descobrir materiais ocultos. (FREUD, 1976b).

Quando se trata dos tipos de conhecimento, as teorias ressaltam o fato de tornar o conhecimento tácito em explícito para que ele não se dilua nas organizações. Em relação à auditoria, não se pode torná-lo totalmente explícito, mas pode-se objetivá-lo através da escuta e da interpretação.

O método hermenêutico e alguns princípios da psicanálise se articulam com o principal objeto de investigação da auditoria, ou seja, os serviços de saúde, pois que, na conceituação e na caracterização destes, constatou-se que não há como padronizá-los e as entrevistas mostraram ampla divergência, justificando o porquê da auditoria não estar sistematizada, não ser uniforme, devido a que seu objeto também não o é.

Entende-se, então, que a execução da auditoria esteja apoiada, sobretudo, no que há de legislação e no entendimento peculiar de cada auditor. Desse modo, a escuta é o termo chave da questão do fazer do auditor. O que e como ele

constrói a partir do que ouve será a construção dos fatos. Assim é, de certa forma, em todos os campos de conhecimento, mas na auditoria é o fundamento. Na verdade é a linguagem que constrói o fato. Não há na legislação, nem na literatura, nem nos manuais um conceito convergente de auditoria, o auditor está situado justamente neste campo linguageiro. O modo como o auditor faz suas perguntas e como conduz as entrevistas/inquéritos é o que vai determinar o produto do seu fazer, ou seja, o relatório e o parecer.

## **7.2 O relatório de auditoria**

A elaboração do relatório de auditoria exige certa habilidade do auditor em tratar essas questões do ponto de vista da linguagem, do que conota o conceito de auditoria, em sua função social, ética, financeira e patrimonial. Depende ainda, do conhecimento e do entendimento do auditor sobre legislação, normas e funcionamento do objeto auditada, no que se refere a princípios e diretrizes, a fim de assegurar os direitos dos usuários, a proteção dos bens públicos e a racionalização dos recursos financeiros.

Ainda que não seja recomendável padronizar o relatório de auditoria, é possível que ele tenha um fluxo para que se possa acompanhá-lo, observando as etapas de sua instrução para permitir correções ou ajustes a cada caso. Isso pode ser conseguido através de processo organizacional, proposto na figura 16, a seguir, com entradas e saídas, retroalimentando as informações das auditorias subseqüentes e intervenções eventuais.

Contatou-se que a proposta de agregar valor é necessária para que a auditoria possa ser útil como instrumento de apoio à gestão. Foram ouvidas nas entrevistas afirmações diretas e percebidas alusões de que a auditoria não está sendo utilizada na tomada de decisão, devido a sua incipiência, fragilidade de argumentos, de evidências, conteúdo insuficiente para uma intervenção e, muitas vezes, ausência de fundamentação legal no relatório. Essas afirmações foram corroboradas na análise documental. Foi referido por um entrevistado que o receio em utilizar o relatório de auditoria numa intervenção dá-se em função de já tê-lo feito numa situação em que o mesmo continha informações incorretas.

Acredita-se que um relatório, elaborado de forma consistente, possa reforçar a auditoria como um instrumento de apoio à tomada de decisão. Isso

ficou evidenciado em algumas falas dos dirigentes e até de alguns auditores.

A agregação de valor pode ser parte da elaboração do relatório de auditoria e, conseqüentemente, do seu parecer. Propõe-se então, um relatório que forneça subsídios sólidos e assegure a legalidade necessária para que o gestor possa sustentar a sua tomada de decisão. Algumas diretrizes podem ser pensadas, a partir das falas dos entrevistados e de conclusões formadas ou produzidas a partir da literatura.

1. Descrever as percepções do auditor sobre as falas do auditado, utilizando para isso o auxílio da hermenêutica, nos casos em que houver depoimento. A interpretação do auditor pode esclarecer fatos que pareçam dúbios nos documentos e subjetivos nas falas. Essa descrição é necessária para o gestor proceder ao seu julgamento.

2. Situar o objeto auditado através de um breve histórico de sua prestação de serviços. Isto pode mostrar se há reincidências ou fatos que desfavoreçam a continuação da sua vinculação e também servir como argumentos em possíveis investimentos futuros.

3. Situar a gravidade dos fatos. Há necessidade de fazer uma escala para determinar quão prejudicial o fato pode ser para o usuário e para o Sistema. Essa valoração sugerida por dois entrevistados, embora não tenha existência formal, o auditor poderia oferecer indícios do grau de gravidade dos fatos para auxiliar as decisões do gestor.

4. Atribuir relevância ao objeto auditado. Isto auxiliará o gestor a tomar a decisão no caso de haver necessidade de desligamento do serviço. Relevância, de acordo com Sander (1995, p. 50) é o critério cultural que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência e valor. Isso corrobora as falas de dois dirigentes entrevistados quando citaram que o auditor deve ter um grande conhecimento, não só da legislação, mas um olhar crítico sobre o impacto na assistência, causado pelas distorções. O conhecimento da realidade e da situação da comunidade permite conhecer esse impacto.

5. Anexar documentos comprobatórios sobre o fato investigado. Há uma máxima jurídica sobre o fato, referindo não estar no mundo o que não estiver nos autos.

6. Citar a legislação que fundamenta a investigação do fato. Quando o

relatório estiver fundamentado na legislação, isso pode servir de argumento para a tomada de decisão do gestor.

7. O relatório de auditoria deve ser de conhecimento dos dirigentes, de forma que possam retroalimentar as auditorias subseqüentes.

Destacamos aqui, que essa auditoria proposta não se refere à qualidade dos serviços e sim a constatação do cumprimento da legislação e das especificações, mesmo porque em serviços, segundo Giansi (1994, p. 62) "...a noção de qualidade é muito ampla para que se possa utilizá-la como meta na gestão das operações de serviços". É mais fácil a medição da qualidade quando se trata de bens do que quando se trata de serviços, pois os primeiros são em sua grande maioria, tangíveis e até padronizáveis. Enquanto os serviços implicam em certo grau de subjetividade e complexidade.

Também a diferenciamos de avaliação que, segundo Bowling (2002, p.9) a define como algo mais amplo que a auditoria.

Esses destaques importam, considerando que no cotidiano do setor de serviços de saúde, há questionamentos freqüentes acerca da função da auditoria, posto que é tomada como avaliação.

A figura abaixo mostra o fluxo do processo de auditoria proposto, com entradas e saídas, característica de um processo, acrescido da retroalimentação e agregação de valor.

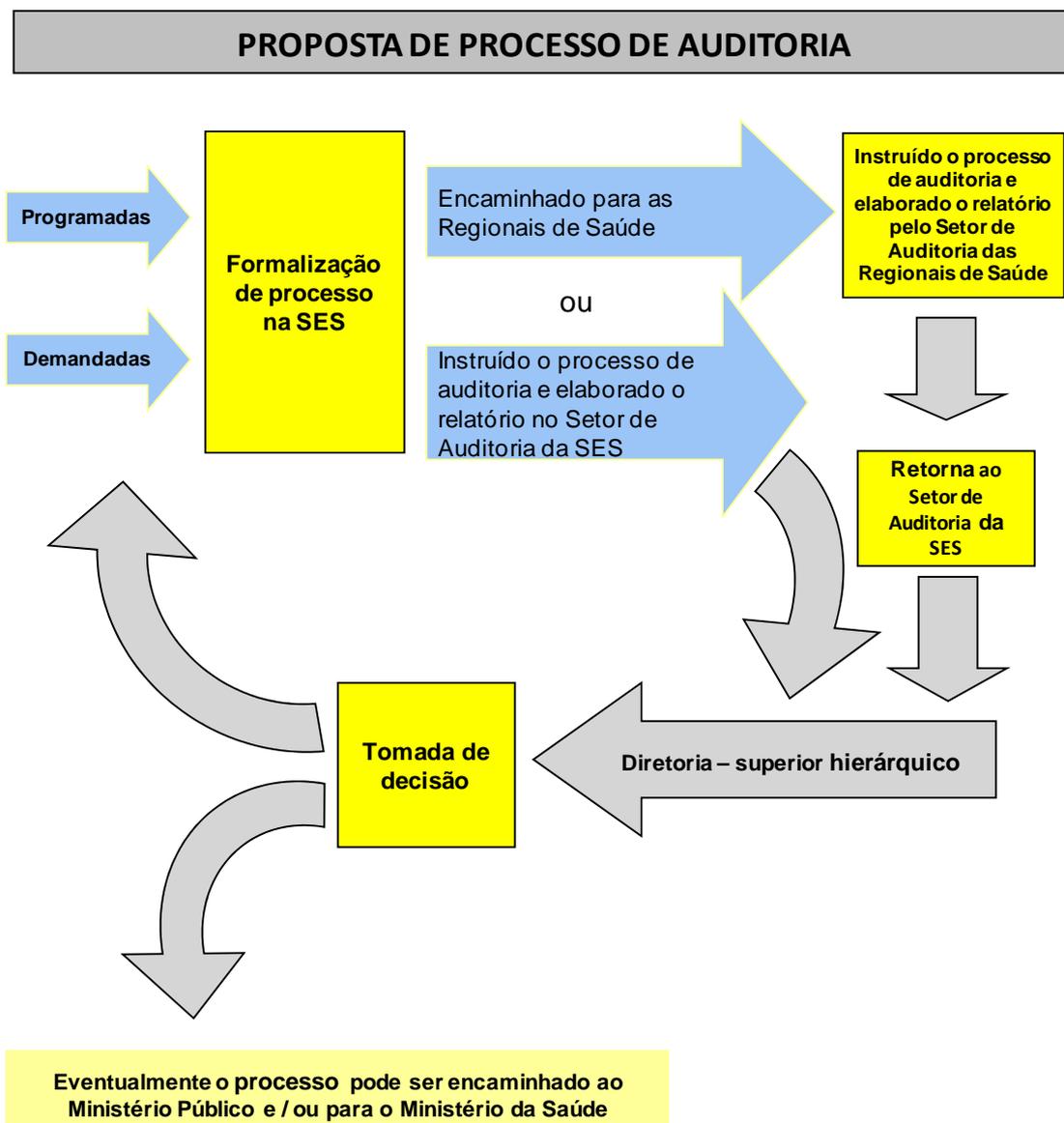


FIGURA 16 – Proposta de processo de auditoria  
Fonte: REMOR, 2008 (a autora)

O processo de auditoria, representado na figura 16, sugere que seja agregado valor, no momento da elaboração do relatório e do parecer, observando as diretrizes pensadas para sustentar a tomada de decisão. Sugere-se também que haja uma retroalimentação das auditorias para que as mesmas subsidiem as subsequentes, no sentido de corrigir possíveis falhas ocorridas na feitura do relatório e dirigir as próximas investigações.

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 noção, ainda que aproximada, de auditoria.

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” (ENCICLOPÉDIA UNIVERSAL ILUSTRADA, 1930).

### **7.3 Conceitos de auditoria, de controle e avaliação**

Quanto aos conceitos propostos nos objetivos, depois de percorridos todos os meandros dessa pesquisa, entendemos que a auditoria pode ser conceituada como uma atividade de fiscalização, desenvolvida após a ocorrência do evento ou fato a ser investigado para verificar se os requisitos especificados foram atendidos.

Por outro lado, o controle é uma atividade antecipatória e prospectiva, faz parte de um projeto para execução futura, sua atuação antecede o fato a que se refere. As atividades de controle envolvem na sua projeção, a aplicação de critérios, parâmetros, especificações, protocolos e outros.

A avaliação já é retrospectiva e, tomada em conjunto com o controle, constituem-se em atividades de regulação. A regulação na assistência da saúde tem como objetivo principal promover a equidade do acesso, procurando atingir a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional, conforme NOAS/SUS 01-2002 (BRASIL, 2002c).

A auditoria também é uma atividade retrospectiva, embora de caráter fiscalizador, que incide na verificação do cumprimento das especificações estabelecidas pelas atividades de controle e avaliação e pela legislação.

Os serviços de saúde, considerando as características do conceito de serviço, são produtos intangíveis, não podem ser padronizados, mas são passíveis de especificação, por meio de protocolos, de parâmetros, de critérios, de requisitos, para a sua prestação.

Por essas características, tanto dos serviços quanto da função do auditor, a hermenêutica com a ajuda de alguns princípios da psicanálise permitiu uma forma mais clara de compreensão dos resultados das entrevistas que até hoje foram tratados muito especialmente com base na abordagem quantitativa. Embora seja importante a questão quantitativa, essa conjunção e disjunção da hermenêutica

com a psicanálise pode preencher essa lacuna, tanto no entendimento quanto na precisão de questões qualitativas, em geral, conseguidas através de entrevistas, mas que são próprias de qualquer texto.

Assim, parece não recomendável padronizar o relatório de auditoria. Como não é possível fazer perguntas padronizadas para fazer uma auditoria, não é possível, ao auditor, fazer uma pergunta padronizada, porque seria perguntar por via do padrão o que não é padronizável. Outro fato relativo a impossibilidade de padronização da auditoria é a dinâmica do SUS que altera freqüentemente as normas de sua organização e funcionamento para se adequar a realidade em mudança constante. Soma-se a isso o caráter inconcluso do SUS, ainda em fase de consolidação.

## **CAPÍTULO 8. CONCLUSÃO**

### **8.1 Constatação dos objetivos e pressupostos**

Podemos considerar, ao fim dessa pesquisa, que o que acreditávamos inicialmente, mostrou-se um pouco diferente. Pesquisou-se as funções e as atribuições da auditoria; descreveu-se os conceitos de auditoria e os conflitos com as atividade de controle e avaliação e apresentamos um modo de utilização do relatório de auditoria a partir da agregação de valor.

Contudo, o pressuposto de que equívocos nas atribuições de auditoria e a prática assim fundamentada fossem conseqüências das imprecisões conceituais podem ter contribuído fortemente no início da instituição da auditoria no âmbito do SUS. Hoje, o fator conceitual parece não ser tão preponderante, até porque em Santa Catarina, as atividades de controle e avaliação já estão sendo desenvolvidas em um setor distinto da auditoria e, também pelas respostas conceituais obtidas nas entrevistas. Já os aspectos relacionados às atribuições de cada esfera de governo continuam dificultando a consolidação da auditoria. Essas ainda precisam ser mais bem delimitadas.

Quanto ao pressuposto de que a proposição teórica de conceitos e suas conseqüentes denominações venham mudar a prática, isso é o que se espera de uma pesquisa descritiva, considerando que essa procura mostrar mais profundamente os detalhes da teoria em desacordo com a prática.

O pressuposto de que os gestores parecem dar pouca importância à auditoria se confirmou pela constatação nas falas dos dirigentes, de que raramente a utilizam para a tomada de decisão. Contudo, não desconsideram a possibilidade da auditoria vir ser um instrumento de apoio à gestão, consideram sim que o impedimento encontra-se na falta de consistência de seu relatório. A agregação de valor ao relatório de auditoria contribuirá para a tomada de decisão e conseqüentemente à gestão constatada no desejo dos dirigentes aqui expressados e de alguns auditores.

## **8.2 A auditoria em uma gestão de serviços**

A gestão do conhecimento possibilitou o entendimento acerca do objeto da auditoria – os serviços de saúde, de alta prioridade para entender a gestão e gestão de serviços em geral. Segundo autores citados nessa pesquisa (Parasuraman; Zeithaml e Berry (2006, p.97); Grönroos (2006, p.90); Ganesi (1994, p.32), os serviços possuem, entre outros, o caráter de intangibilidade, não podendo ser estocados nem padronizados. Como já citamos no capítulo 4 – a gestão do conhecimento possui grande importância, na medida em que o grande volume da produção constitui-se de serviços, os quais dependem, sobretudo, do conhecimento das pessoas.

Diferentemente do gestor de bens, é imprescindível que o gestor de serviços conheça essas peculiaridades. É necessário entender que para cada tipo de serviço é necessário um campo de saber para poder estabelecer algumas especificações para a sua execução.

A auditoria, por sua vez, também não pode ser padronizada pelas razões já explicitadas. Acrescida às características de serviços, que exigem diversos saberes para especificá-los e executá-los, a elaboração e a consistência do relatório e parecer de auditoria dependem, sobretudo, da capacidade e do conhecimento do auditor.

## **8.3 Contribuições**

Além dos objetivos alcançados, podemos considerar que também houve contribuições do método utilizado (hermenêutica e psicanálise), coincidentemente necessário à auditoria, sobretudo na constatação de que o relatório de auditoria não pode ser padronizado, pois a sua elaboração depende da interpretação do auditor. Então, o fato do SUS ser um sistema único em todo o território nacional e a auditoria uma estrutura obrigatória em todas as esferas de governo, não estar padronizada, não parece caracterizar demérito.

O método também pode contribuir para outras áreas, em pesquisas que envolvam entrevistas. Constatou-se que esse método nos fez enxergar além do que acreditávamos ver. Por exemplo, o que pensávamos inicialmente, mostrou-se o contrário, através da aplicação do método, referente ao conhecimento dos

conceitos, por parte dos entrevistados.

As contribuições da Gestão do Conhecimento para auditoria permitiram entender que a gestão de uma organização de serviços requer, de cada atividade, um tipo de conhecimento específico, pelas características conceituais de serviço. Isso, de certa forma, esclarece alguns pontos que pareciam lacunas de conhecimento a serem preenchidas dentro da auditoria e do próprio Sistema Único de Saúde.

Outra contribuição da Gestão do Conhecimento foi compreender que o relatório de auditoria, por não poder ser padronizado, conseqüentemente não pode seguir um modelo, mas pode ser um processo, com entradas e saídas definidas, em que se possa interferir em cada uma das etapas, conforme sugerido na figura 16, acima.

A Gestão do Conhecimento contribuiu ainda com outros conhecimentos necessários ao desempenho profissional, relativos ao compartilhamento e disponibilização das informações, a construção da memória organizacional e a ética que envolve pesquisa e ciência, necessárias aos procedimentos e tecnologias utilizados em saúde.

Concluída esta tese, acredita-se que os conceitos de auditoria, de controle e avaliação e, de serviços, propostos nos objetivos ficaram mais claros, bem como a necessidade e as razões que justificam agregar valor ao relatório de auditoria.

#### **8.4 Sugestões para estudos futuros**

Quanto às questões a serem analisadas no futuro, os aspectos relacionados aos limites de atuação das atividades de auditoria de cada esfera de governo não estão delimitados, o que acaba também dificultando o estabelecimento da auditoria como um instrumento de gestão. E, do ponto de vista ético, seria recomendável que os serviços próprios de cada esfera de governo fossem auditados pela auditoria da esfera de governo hierarquicamente superior.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Mário de. **Macunaíma, o herói sem nenhum caráter**. 21ª ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1985.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 19011**. Diretrizes para auditorias de sistema de gestão da qualidade e/ou ambiental. Rio de Janeiro: ABNT, Nov, 2002.
- AYALA, E. J. Z.; LAMEIRA, L. J. C. R. Considerações Básicas sobre a pesquisa. **Cadernos Didáticos do C.P.G.E.**: Centro de Educação – UFSM, Santa Maria, n. 12, p. 4-25, 1989.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Hermenêutica e Humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (3) 549-560. 2005.
- BOWLING, Ann. **Research Methods In Health: Investigating health and health services**. Second edition. Open University Press. Buckingham • Philadelphia. 2002. Disponível: <<http://www.mcgraw-hill.co.uk/openup/chapters/0335206433.pdf>> Acesso em 27 mar. 2008.
- BRASIL. **Decreto n.º 86.329**, de 02 de setembro de 1981. Cria o CONASP. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 out. 1981.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8ª. 1986, Brasília. **Relatório final** Brasília: [s.n], 1986a. 21p.
- BRASIL. Conferência Nacional de Saúde, 8ª. **Boletim Informativo**, Brasília, n. 4, mar. 1986b.
- 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. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
- 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. Brasília, Senado Federal, 1990.
- 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. Brasília, Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ex INAMPS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS - 01/1991** – Brasília, DF. Resolução nº 258 de 07 janeiro de 1991. Brasília, DF.

BRASIL. Ex INAMPS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde / NOB-SUS - 01/1992** – Resolução nº 234 de 02 fevereiro 1992. Brasília, DF.

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. 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. Secretária de Assistência à Saúde. **Avançando para a Municipalização Plena da Saúde: o que cabe ao município**. Brasília, 1994. p.6.

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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 out. 1995.

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. 1998a. Anexo 2.

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. 1998b. Anexo 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília, 1998c. p.6.

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. 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. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília, 2001a. p.5.

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. 2001b.

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. 2001c.

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

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 jan. 2002a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. **Jornal Consensus**, nº 22. Jun. e jul., 2006

BRASIL. Secretaria Executiva. Pacto pela saúde. PT nº. 399 de 22/02/2006.

CALEMAN, Gilson; MOREIRA, Marizélia Leão; SANCHEZ, Maria Cecília. **IN: Saúde e Cidadania. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. V.5.** São Paulo: USP, 1998. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/index.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/index.html)> Acesso em: 22 nov. 2007.

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.

CARVALHO, Gilson. **A Saúde, o Sistema e o Sistema de Saúde**. Disponível em: <[http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=2068](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=2068)> Acesso em: 05 mar. 2008.

CARVALHO, Gilson; et al. **Redes de Atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Sílvio Fernandes da Silva (org). Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

CHOO, Chun Wei, 1953. **A Organização do Conhecimento**: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões. 2 ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2006.

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

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

ENCICLOPÉDIA UNIVERSAL ILUSTRADA – Europeo-Americana. Madrid: Espasa-Calpe, 1930.

SCOREL, Sarah. **Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. 165 p.

ESPEZIM, Clécio Antônio. **Regionalização em Saúde**: um estudo da percepção dos gestores municipais de saúde no Estado de Santa Catarina (1998/1999). Dissertação de Mestrado, Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2000.

FREUD, Sigmund. **“Os chistes e sua relação com o inconsciente”**. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, v. VIII, 1976a.

FREUD, Sigmund. A Psicanálise e a determinação dos fatos nos processos jurídicos. In: **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, v. IX, 1976b.

GIANESI, Irineu G. N.; CORRÊA, Henrique Luiz. **Administração Estratégica de Serviços**. São Paulo: Atlas, 1994.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. **Revista de Administração de Empresas**. v. 40, nº1, p. 6-19, Jan-Mar, 2000, São Paulo.

GORDILLO, Agostin. Princípios Gerais de Direito Público. Trad. Marco Aurélio Greco. São Paulo: Editora **Revista dos Tribunais**, 1977, p. 24-5.

GRÖNROOS, Christian. “Um Modelo de qualidade de serviços e suas implicações para o marketing”. **Revista de Administração de Empresas**. Vol 46, nº 4 p 88-95, Out./Dez., 2006.

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

HABERMAS, Jurgen. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HABERMAS, Jurgen. **Dialética e Hermenêutica**: para a crítica da hermenêutica de Gadamer. Porto Alegre: L&PM, 1987.

HOLAN, P. M.; PHILLIPS, N. Remembrance of Things Past? The Dynamics of Organizational Forgetting. *Management Science*; v. 50, n. 11, p. 1603-1613, 2004.

INMETRO. **Avaliação da Conformidade** – Diretoria da qualidade. 5ª ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2007. 52 p.

JOHNSON, John H. **First presented at the 1995 ASQ National Audit Conference**, Baltimore. Disponível em: <http://www.jetsquality.com/value-ad.htm>. Acesso em: 21 mar. 2008.

KE, W.; WEI, K. K. Organizational learning process: its antecedents and consequences in enterprise system implementation. **Journal of Global Information Management**, v. 14, n.1, p. 1-22, 2006. (Portal CAPES)

LACAN, Jacques. Seminário 19 – ..ou pire. In: **Lacan2000**. Buenos Aires: R.D. Ediciones Electrónicas, 2000. CD-ROM. (Inédito).

LACAN, Jacques. Seminário 7 – **A Ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

LACAN, Jacques. Seminário 1. **Los escritos técnicos de Freud**. Clase 22. El concepto del análisis. 7 de Julio de 1954. R.D. Ediciones Electrónicas. 2000.

LLANOS ZAVALAGA, Fernando. **Auditoría médica en el primer nivel de atención**. Rev Med Hered, jul./set. 2000, vol.11, no.3, p.107-112. ISSN 1018-130X.

LAS CASAS, Alexandre L. **Marketing de serviços**. São Paulo: Atlas, 2006.

LAVERTY, SUSANN M. Hermeneutic phenomenology and phenomenology: a comparison of historical and methodological considerations. **International Journal of Qualitative Methods**. V. 2, n. 3, September 2003, p. 1-29.

LEOPARDI, Maria Teresa. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2. ed. Rev. Atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORIN, Edgar. **Ciência com Consciência** - 1921; Tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória –7ª ed., Rio de Janeiro: Bertrand. Brasil, 2003.

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

ORTEGA-BENITO, José Maria. **La auditoría médico-clínica (I)**. La calidad en los servicios sanitarios. Medicina Clínica (Barcelona) Vol. 103 Núm. 17. 1.994. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL103/M1031706.pdf>. Acesso em 27 mar. 2008.

ORTEGA-BENITO, José Maria. **La auditoría médico-clínica (II)**. Definiciones y tipología. Medicina Clínica (Barcelona) Vol. 103 Núm. 19. 1.994. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL103/M1031906.pdf>. Acesso em 27 mar. 2008. .

ORTEGA-BENITO, José Maria. **La auditoría médico-clínica (III)**. Facetas. Medicina Clínica (Barcelona) Vol. 104. Núm. 1. 1.995. <http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/Artikulu/VOL104/M1040108.pdf>> Acesso em 27 mar. 2008.

PARASURAMAN, A. ZEITHAML, Valarie A. BERRY, Leonardo L. "Um modelo conceitual de qualidade de serviço e suas implicações para a pesquisa no futuro". **Revista de Administração de Empresas**. v. 46, nº 4, p. 96-108, Out./Dez., 2006

POPPER, Karl. **Lógica da Pesquisa Científica**. São Paulo: Cultrix, 1998.

PROBST, G.; RAUB, S.; ROMHARDT, K. **Gestão do conhecimento: os elementos construtivos do sucesso**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

RAO, R. D.; ARGOTE, L. Organizational learning and forgetting: The effects of turnover and structure. **European Management Review**, v. 3, p. 77-85, 2006. (Portal CAPES).

REMOR, Carlos Augusto M. **Da Hermenêutica à Psicanálise (2000/2002)**. Tese de Doutorado, Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

REMOR, Lourdes de Costa. **Controle, Avaliação e Auditoria do Sistema Único de Saúde**. Florianópolis: Papa-Livros, 2003.

ROSSATTO, Maria Antonieta. **Gestão do Conhecimento**. Rio de Janeiro: Interciência, 2003.

ROTH, James. How do Internal auditors add value? Characteristics common to top-rated audit shops help to shed light on the nebulous concept of adding value. **Internal Auditor**. Disponível em: [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m4153/is\\_1\\_60/ai\\_98009241](http://findarticles.com/p/articles/mi_m4153/is_1_60/ai_98009241). Acesso em: 20 dez 2007.

SANDER, BENNO. **Gestão da Educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas (SP): Autores Associados, 1995.

SANTA CATARINA (Estado). O governo homologa em 9/06/1994 Resolução CES nº 011/94 do Conselho Estadual de Saúde que aprova o Programa de Controle, Avaliação e Auditoria. Santa Catarina, 1994

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.

SANTA CATARINA (Estado). Decreto 5.831 de 23 de outubro de 2002. Institui o Sistema Estadual de Controle, Avaliação e Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Santa Catarina, 2002.

SANTA CATARINA. Gerências Regionais de Saúde: diretrizes de organização. Florianópolis: IOESC, 2006.

SANTA CATARINA (Estado). Decreto nº 688 de 2 de outubro de 2007. Institui o componente estadual de auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Santa Catarina, 2007.

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. ANDRADE; Luiz Odorico Monteiro de. **SUS – o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos**: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas, SP: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007

SANTOS, Lenir. **Saúde: Conceito e Atribuições do SUS**. Disponível em <[http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza\\_conteudo1.php?id=1607](http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo1.php?id=1607)> Acesso em: 05 mar. 2008.

SANTOS, Raimundo Nonato Macedo dos. Métodos e Ferramentas para gestão de inteligência e do conhecimento. **Perspectivas em Ciência da Informação**. Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 205-215, jul./dez., 2000.

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

THOMPSON, John B. **Ideologia e Cultura Moderna**: teoria crítica na era dos meios de comunicação de massa. 7 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

TRINDADE, Nísia Lima; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flávio Coelho (Orgs). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 504 p.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas S.A., 1987.

VARVAKIS, G. J. R. **Processos e serviços**. Florianópolis, 2006. Disponível em: <[http://www.lgti.ufsc.br/posgraduacao/aula\\_00\(servicosGP\).pdf](http://www.lgti.ufsc.br/posgraduacao/aula_00(servicosGP).pdf)> Acesso em: 15 dez. 2006.

VARVAKIS, G. et al. **Gerenciamento de Processo. Grupo de Análise de Valor – GAV – EPS**. Florianópolis: CIN/UFSC, 2000

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.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro: 15-39, 2005.