

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços,
desafios e força de trabalho”***

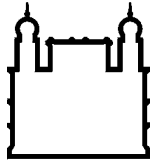
por

Marilene Barros de Melo

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Jeni Vaitsman

Rio de Janeiro, junho de 2007.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

***“O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços,
desafios e força de trabalho”***

apresentada por

Marilene Barros de Melo

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Marcos Azeredo Furquim Werneck

Prof.^a Dr.^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Machado

Prof.^a Dr.^a Clarice Melamed

Prof.^a Dr.^a Jeni Vaitsman – Orientadora

Tese defendida e aprovada em 18 de junho de 2007.

*Se um dia tudo lhe parecer perdido,
lembre-se de que você nasceu sem nada, e
que tudo que conseguiu foi através de
esforços e os esforços nunca se perdem,
somente dignificam as pessoas.*

Charles Chaplin

Ao Luiz, meu eterno companheiro, de percursos e cumplicidade.

Aos meus filhos queridos, Otávio, Bárbara e Marcela,
pelo carinho e pela compreensão por minhas ausências.

À minha mãe, Regina, um “exemplo de vida”.

Ao meu pai, Joaquim, *in memoriam*.

À minha irmã Maria do Carmo.

Aos meus irmãos Margareth e Sérgio, pelas
condições especiais de “ser” e “existir”.

À Aparecida, pela sua presença e “fazer” constantes.

Aos auditores do SNA, desbravadores de um
campo de conhecimento em construção e
profissionalização.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Jeni Vaitsman,
por aceitar o desafio da construção desta Tese.

À ENSP/FIOCRUZ, que contribuiu para a operacionalização e
fundamentação deste trabalho.

Ao CNPq, pelo financiamento.

Na tentativa de evitar qualquer injustiça,
principalmente em um trabalho que demanda um esforço
coletivo, procuro não proceder a outros agradecimentos
nominais. Assim, obrigada a todos que me receberam em suas
instituições, que me confiaram suas experiências de vida e
trabalho, e que compartilharam o seu saber.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
RESUMO.....	14
ABSTRACT.....	15
INTRODUÇÃO	16
1 CAPÍTULO 1 – A ESTRUTURAÇÃO, A FORÇA DE TRABALHO, AVANÇOS E DESAFIOS DO SNA COMO OBJETO DE PESQUISA	18
2 CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA	23
2.1 A abordagem quali-quantitativa.....	23
2.2 O desenho da investigação.....	24
2.3 Descrição das técnicas de investigação utilizadas	25
2.3.1 Análise documental.....	25
2.3.2 Grupos focais	25
2.3.3 Os questionários.....	27
2.3.3.1 Questionários enviados aos integrantes do grupo focal.....	27
2.3.3.2 Questionários enviados aos supervisores técnicos, no âmbito nacional.....	28
2.3.4 Técnica de análise e devolução.....	29
3 CAPÍTULO 3 – MARCO TEÓRICO.....	31
3.1 A administração pública no modelo weberiano.....	32
3.2 Teorias sobre a administração pública gerencial	38
3.3 O princípio federativo da descentralização.....	42
3.4 O controle social	46
3.5 Teorias da profissionalização.....	49
4 CAPÍTULO 4 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA GESTÃO.....	58
4.1 Processo de auditoria e avaliação em serviços de saúde: um breve histórico	59
4.2 A avaliação de programas/políticas/serviços.....	60
4.3 Auditoria	65

4.3.1 Auditoria em saúde	70
4.4 Avaliação, auditoria e SNA: algumas reflexões	74
5 CAPÍTULO 5 – O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS E SEU PROCESSO ESTRUTURAÇÃO	79
5.1 O SNA: da criação à regulamentação	79
5.2 A NOB-SUS 01/96, Manual de Auditoria de 1996 e NOAS 01/2002: estruturação de componentes e regionalização do SNA.....	81
5.3 A legislação pertinente à delimitação das ações do SNA, no âmbito do Ministério da Saúde	83
5.4 Metodologia das atividades de auditoria do DENASUS	88
5.5 Manuais, relatórios de gestão e pareceres finais das auditorias realizadas: instrumentos de legitimação das ações de auditoria	89
5.6 O SNA: relatórios de gestão	91
5.7 Algumas considerações.....	101
6 CAPÍTULO 6 – A FORÇA DE TRABALHO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA: AVANÇOS E DESAFIOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL	104
6.1 A constituição da força de trabalho do SNA	105
6.1.1 O perfil etário das equipes	107
6.1.2 Área de graduação e a multiprofissionalidade no SNA.....	108
6.1.3 O gênero e remuneração na equipe de auditoria.....	112
6.2 A forma de admissão e a inexistência do cargo de auditor.....	118
6.3 A qualificação e os saberes técnicos especializados.....	126
6.4 Algumas considerações sobre a força de trabalho do SNA	133
7 CAPÍTULO 7 – O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS E SEUS AVANÇOS.....	136
7.1 O SNA e o fortalecimento do SUS, na percepção dos auditores e do DENASUS	137
7.2 O SNA e as parcerias com outros órgãos de controle externo.....	139
7.3 A importância do Sistema de Auditoria - SISAUD	140
7.4 A descentralização e a regionalização no SNA	142
7.5 Considerações parciais sobre os avanços do SNA.....	143

8	CAPÍTULO 8 – DESAFIOS TÉCNICOS E POLÍTICOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA	147
8.1	O caráter atípico da auditoria em saúde.....	148
8.2	A fragilidade na interação dos três componentes do SNA	153
8.3	A relação controle interno e controle externo.....	168
8.4	O controle social e o SNA	174
8.5	A concepção do resultado em auditoria, por parte do SNA.....	177
8.6	Outro desafio... ..	185
8.7	Uma breve síntese sobre os desafios para o SNA.....	186
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	188
10	REFERÊNCIAS.....	197
	ANEXOS	210
	Anexo I – Roteiro para os grupos focais.....	210
	Anexo II – Questionário aplicado aos auditores participantes do grupo focal	212
	Anexo III – Questionário aplicado aos responsáveis técnicos.....	213
	Anexo IV – Termo de consentimento livre e esclarecido (a)	214
	Anexo V – Termo de consentimento livre e esclarecido (b)	215
	Anexo VI – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP	216

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número de auditores que compõem a equipe de auditoria do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	107
TABELA 2 – Distribuição da variável faixa etária nas equipes de auditoria do SNA, em valores absolutos e percentuais, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	108
TABELA 3 – Área de graduação dos auditores do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	109
TABELA 4 – Distribuição de gênero nas equipes de auditoria do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	112
TABELA 5 – Remuneração nas equipes de auditoria do SNA nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	114
TABELA 6 – Distribuição da carga horária de trabalho das equipes de auditores do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006	116
TABELA 7 – Forma de admissão para a função de auditor, no SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	118
TABELA 8 – Presença do cargo de auditor em saúde, no SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	120
TABELA 9 – Existência de processos de educação continuada, no SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006.....	129
TABELA 10 – Articulação entre as três esferas do SNA.....	159

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorizações de Internação Hospitalar
AIPS – Acordos Internacionais de Previdência Social
AL – Alagoas
AP – Amapá
BA – Bahia
DF – Distrito Federal
CAUDI – Coordenação Geral do Controle, Avaliação e Auditoria
CCA – Comitês Coordenadores de Auditoria
CDAM – Certificados de Direito à Assistência Médica
CFC – Conselho Federal de Contabilidade
CGAUD – Coordenação Geral de Auditoria
CGDNCT – Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica
CGRH – Coordenação Geral de Recursos Humanos
CGU – Controladoria-Geral da União
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
COFIN/CNS – Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONED – Conselho Editorial do Ministério da Saúde
COSIN – Coordenação de Sistemas de Informações
DATASUS – Departamento de Informática do SUS
DCAA – Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde
DIAUD – Divisão de Auditoria
DIC – Divisão de Controle e Avaliação dos Serviços Assistenciais
EAD – Projeto de Educação à Distância
ENAP – Escola Nacional de Administração Pública

GAR – Grupo de Acompanhamento e Responsabilização
GESPÚBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização
GM – Gabinete do Ministro
HUMANIZASUS – Política Nacional de Humanização
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA – Instituto Nacional do Câncer
INTO – Instituto Nacional de Traumatologia–Ortopedia
MA – Maranhão
MPF – Ministério Público Federal
MS – Mato Grosso do Sul
MT – Mato Grosso
MS – Ministério da Saúde
MULTIPLICASUS – Projeto de manutenção de espaços de discussão e reflexão acerca do (SUS) entre os trabalhadores do Ministério da Saúde.
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
PAB – Piso de Atenção Básica
PAAF – Programação Anual de Auditoria e Fiscalização
PE – Pernambuco
PI – Piauí
PPA – Plano Plurianual
PSF – Programa de Saúde da Família
REGULASUS – Projeto de Revisão Normativa do SUS
RN – Rio Grande do Norte
RR – Roraima
SAS – Secretaria de Assistência a Saúde
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SC – Santa Catarina
SE – Sergipe
SF – Senado Federal
SEAUD – Serviço de Auditoria
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIAFI – Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal
SIA–SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde
SIH–SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SICAD – Sistema de Cadastro de Contribuintes do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAUD – Sistema de Auditoria
SISPP – Sistema de Preços Praticados
SIREP – Sistema Integrado de Registro de Preços
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNA – Sistema Nacional de Auditoria
SNCA – Sistema Nacional de Controle e Avaliação
SUS – Sistema Único de Saúde
TCU – Tribunal de Contas da União
TCG – Termo de Compromisso de Gestão

RESUMO

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi estabelecido pela Lei 8080, como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde, em todo o território nacional, sob competência do Sistema Único de Saúde (SUS) e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tem sido considerada como um importante instrumento para a manutenção e o desenvolvimento do SUS. Passados mais de dez anos da regulamentação do SNA, o presente estudo pretendeu analisar sua estruturação, seus avanços, desafios, bem como a sua força de trabalho. Adotou-se uma abordagem qualitativa realizando-se grupos focais com os integrantes das equipes de auditoria nas esferas federal, estadual e municipal do SNA, em uma capital da região Sudeste, habilitada como Gestão Plena do Sistema Municipal. Constataram-se vários avanços, mas, também, desafios das mais diversas ordens. Entre eles, encontram-se: a consolidação da auditoria em saúde como campo de conhecimento e de profissionalização; a inexistência do cargo de auditor em saúde; e a criação de uma articulação efetiva entre as três esferas gestoras do SUS. Conclui-se que a regulamentação do SNA instituiu um novo campo de produção de conhecimento para tratar das necessidades relativas à prática de auditoria, assim como das experiências daí decorrentes. A descentralização do sistema ainda não resultou em articulações significativas entre as esferas federal, municipal e estadual do SNA, o que vem inviabilizando um correto conhecimento acerca do seu funcionamento. Em relação à força de trabalho desse sistema, observa-se que ela é caracterizada pela multiprofissionalidade, mas com um predomínio da área biomédica. A inexistência do cargo de auditor em saúde tem sido apontada como impedimento para exercícios adequados da função de auditoria. Portanto, o SNA tem um longo caminho a trilhar para o estabelecimento de um consolidado e dinâmico campo de produção para a manutenção e aprimoramento do SUS, apesar do reconhecimento, por parte dos pesquisados, da relevância social já conquistada pelo SNA, como âmbito de práticas.

Palavras-chave: auditoria em saúde; Sistema Nacional de Auditoria; Sistema Único de Saúde; auditor em saúde.

ABSTRACT

The National System of Auditorship (SNA) was established by the Law 8080, as a technical and financial control mechanism to regulate the actions and the health services, in all the domestic territory, under the ability of the Brazilian Health System (Unified Health System - SUS) and in cooperation with the states, the Federal District and the cities. The institution of this system of auditorship has been considered an important instrument to the maintenance and development of the SUS. Almost ten years after the regulation of the SNA, the present study intended to analyze its structure, advances, challenges, as well as its force of work. A qualitative approach was adopted, which included the realization of focal groups with the integrants of auditorship teams in the federal, state and municipal spheres of the SNA, in a capital of the Southeastern region, qualified as Full Management of the Municipal System. Some advances and also challenges of the most diverse orders have been evidenced. Among them we have: the consolidation of the auditorship in health as a knowledge and professionalization field, the inexistence of a health auditor's position, and the creation of an effective articulation among the three managing spheres of the SUS. The conclusion was that the regulation of the SNA started a new field of knowledge production to deal with necessities related to the auditorship practice, as well as with the experiences that came from this. The decentralization of the system hasn't resulted in significant joints between the federal, municipal and state spheres of the SNA yet, what makes the correct knowledge concerning its functioning impracticable. The force of work of this system is characterized by the multiprofessionality but with the predominance of the biomedical area. The inexistence of a health auditor's position has been pointed as an impediment to the realization of the auditorship proper functions. Therefore, the SNA has a long way to tread in order to establish a dynamic and consolidated field of production for the maintenance and improvement of the SUS, despite its recognition by the searched people, and the social relevance already conquered by the SNA, as a scope of practices.

Key words: auditorship in health, National System of Auditorship, Unified Health System, health auditor.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve sua origem no conjunto de meus questionamentos, no campo da saúde coletiva, sobre um objeto ainda em construção: o processo de auditoria no Sistema Único de Saúde (SUS), sob a responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Procurou-se enfatizar o processo de estruturação, a sua força de trabalho, avanços e desafios do SNA.

Para tal, buscou-se um referencial teórico compatível com a administração pública, bem como o estabelecimento de uma metodologia adequada aos propósitos deste trabalho. O aporte teórico fundamentou-se, assim, no referencial weberiano, em alguns princípios da administração pública gerencial, no princípio federativo de descentralização e na sociologia das profissões, em sua vertente racionalizadora. Metodologicamente, situou-se na perspectiva das pesquisas qualitativas.

O presente trabalho estruturou-se em duas grandes partes. A primeira constituiu-se de quatro capítulos relativos aos aportes teóricos e metodológicos. O Capítulo 1 aborda o objeto de estudo. No segundo capítulo, enfoca-se a metodologia utilizada. No terceiro, apresenta-se o marco teórico – sustentação para se contextualizar o problema e para a análise dos dados apreendidos pela pesquisa de campo. O Capítulo 4, por sua vez, trata da auditoria e da avaliação como ferramentas para a melhoria da gestão do SUS.

A segunda parte deste trabalho foi composta por cinco capítulos. Assim, o quinto capítulo, através da análise documental e dos grupos focais, trata do processo de estruturação do SNA, enquanto o sexto capítulo aborda a força de trabalho. No Capítulo 7, apresentam-se os avanços do SNA e, a partir das análises de documentos, dos grupos focais e de alguns dados apurados nos questionários enviados aos 71 componentes do SNA, no âmbito nacional, expõem-se, no Capítulo 8, os desafios impostos a esse

sistema, encerrando-se o trabalho com as considerações finais relativas à pesquisa realizada.

Os anexos referem-se ao roteiro utilizado nos grupos focais, aos modelos de questionários enviados aos 71 componentes do SNA, em nível nacional, e aos integrantes das equipes de auditoria dos componentes alocados em uma capital da região Sudeste do país. Encontram-se, ainda, modelos dos termos de compromisso assinados pelos participantes da pesquisa.

A importância desse objeto de investigação fica evidente face à escassez de estudos contemplando o processo de auditoria no SUS, ferramenta fundamental para a administração pública, demarcando a sua essencialidade para a efetivação das atribuições, diretrizes e princípios do SUS (BRASIL MS 2004).

Acredita-se que esta pesquisa avaliativa, ao adotar uma perspectiva de análise crítica, possa dar suporte à última fase do *policy-making*, ao apreciar o alcance da sua proposição e dos subsídios ofertados para um provável redirecionamento das ações e serviços do SNA e, conseqüentemente, do SUS. Desvendar a estrutura e a força de trabalho do SNA se faz necessário quando nos deparamos com a centralidade política que as ações de controle e regulação têm assumido nas instituições brasileiras, situando-se como instrumentos de construção e reconstrução permanente das instituições. Especialmente quando se depara com a amplitude e complexidade do campo da auditoria em saúde, que apontam para a necessidade de conhecimento acerca da constituição dos diversos campos disciplinares, profissionais, das práticas, das relações entre Estado e Sociedade.

CAPÍTULO 1 – A ESTRUTURAÇÃO, A FORÇA DE TRABALHO, AVANÇOS E DESAFIOS DO SNA COMO OBJETO DE PESQUISA

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi previsto pela Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, como um mecanismo de controle técnico e financeiro para regular as ações e os serviços de saúde em todo o território nacional, sob competência do Sistema Único de Saúde – SUS, e em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios.

A criação dessa ferramenta – com uma perspectiva de avaliação técnica, científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS – teve como objetivo fornecer subsídios para melhorar o processo de gestão em saúde e a responsabilização (*accountability*) dos gestores nos atos administrativos. Essa auditoria procura resguardar ao usuário e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados pelo SUS, visando, ainda, à preservação do uso adequado do dinheiro público.

Apesar da importância do SNA, no contexto de SUS, a sua criação ocorreu apenas em 1993 (BRASIL MS 1993)¹, a partir da Lei que extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Essa lei induz uma reestruturação de grande monta no Ministério da Saúde, além da transferência de serviços e doação ou a cessão de bens patrimoniais do INAMPS, repassados ao Fundo de Saúde do estado, do Distrito Federal ou do município, que se tornaram “responsáveis pela execução dos serviços, os recursos financeiros que a esfera federal vem aplicando na sua manutenção e funcionamento”. Os servidores ocupantes de cargos efetivos no INAMPS passaram a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde,

¹ Art. 6º da Lei 8689, de 27 de julho de 1993.

“respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção” desde que “observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde”. Como, uma boa parte, desses servidores eram responsáveis pelas atividades de auditoria no INAMPS, eles colaboraram ativamente para que se pudesse constituir o SNA, regulamentado somente pelo Decreto 1651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL SF 1995). No ano seguinte, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96² (BRASIL MS 1997) instituiu a estruturação dos componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. Enquanto que a NOAS 01/2002 definiu a constituição da esfera municipal de auditoria como requisito para que o município possa habilitar-se na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal.

A instituição desse sistema de auditoria, desde então, tornou-se um importante instrumento para a manutenção e para o desenvolvimento do SUS. A constituição do SNA buscou e busca contemplar as lacunas existentes em um sistema de complexidade imensurável como o SUS. Na atualidade, passados mais de dez anos da regulamentação do SNA, constatam-se vários avanços, mas, também, desafios das mais diversas ordens. Entre eles, encontram-se a consolidação da auditoria em saúde como campo de conhecimento e de profissionalização; a inexistência do cargo de auditor em saúde; e a falta de uma articulação efetiva entre as três esferas gestoras do SUS.

Esta tese tem por intenção contribuir para uma melhor compreensão de algumas questões associadas a esse contexto: as dificuldades em se diferenciar auditoria de avaliação; a dinâmica do SNA, incluindo seu modelo político e organizacional

² Publicada no *Diário Oficial da União* em 6 de novembro de 1996.

vigentes e as estratégias adotadas para o seu funcionamento. E, diante da inexistência do cargo de auditor, analisar-se-á, ainda, o perfil do auditor; as aquisições, dificuldades e perspectivas no exercício profissional da força de trabalho desse sistema.

Distinguir clara e objetivamente *avaliação de auditoria*, no capítulo 4 fez-se necessário no sentido de reavaliar a especificidade teórica e prática de cada um desses mecanismos, principalmente quando são reconhecidas como ferramentas fundamentais para a administração pública, ocupando funções estratégicas para se alcançar uma determinada ordem no campo da saúde pública brasileira. Nessa perspectiva, trabalhar-se-á o SNA como um dispositivo de poder, política sustentada pelo Decreto-lei 1651 (BRASIL SF 1995).

A regulamentação do SNA evidenciou a importância da auditoria em saúde. Dessa forma, instituiu um novo campo de produção de conhecimento para tratar das necessidades relativas à prática de auditoria e das experiências daí decorrentes. Seu valor para a manutenção e aprimoramento do SUS reforçou a sua relevância social e formalizou a sua legitimação no âmbito das práticas.

Contudo, a auditoria – como campo teórico e de intervenção – vem se defrontando com problemas da multiprofissionalidade, com elaborações teóricas ainda frágeis para o embasamento de uma práxis coerente com as diretrizes propostas, sendo que alguns chegam a postular a auditoria como dispositivo de avaliação. Evidencia-se a inexistência de grupos de pesquisa – e de pesquisadores com pós-graduação *stricto sensu* – dedicados a essa temática, registrando-se, ainda, a escassez de publicações nessa área. Portanto, tem-se um longo caminho a trilhar para o estabelecimento de um consolidado e dinâmico campo de produção de conhecimento.

Para um adequado entendimento do campo da auditoria, torna-se necessário compreender o engendramento do SNA, a sua conformação política e organizacional, bem como as estratégias utilizadas para o seu desenvolvimento. A descentralização do SNA foi constituída como modo de possibilitar sua operacionalização e aproximá-lo das esferas gestoras do SUS. No entanto, na percepção de alguns auditores, essa descentralização resultou em articulações pouco efetivas entre os componentes do SNA, inviabilizando um correto conhecimento acerca do seu funcionamento. Logo, tornou-se importante desvendar avanços e desafios do SNA, a partir da sua realidade em um país de dimensões continentais e de extrema complexidade sociopolítica, como é o caso do Brasil.

Em relação ao entendimento do perfil dessa força de trabalho, acredita-se que isso constitui uma das maneiras de delinear os aspectos significativos daqueles que exercem a função de auditoria, proporcionando contribuições relevantes para o entendimento das conquistas, desafios e perspectivas dos pesquisados.

A inexistência do cargo de auditor em saúde tem sido apontada como impedimento para exercícios adequados da função de auditoria, embora haja fortes exigências para sua legitimação. Na concepção de Di Pietro (2002, p. 437), cargo é “a denominação dada a mais simples unidade de poderes e deveres estatais a serem expressos por um agente público”; quando este se encontra sob regime estatutário, são conferidas denominações próprias, atribuições e remunerações específicas. Já a função refere-se ao conjunto de atribuições exercidas por servidores públicos, não correspondendo a cargo ou emprego públicos. Entende-se por emprego público o exercício profissional realizado por um servidor contratado pelo regime da legislação

trabalhista (Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT). Na Constituição Federal de 1988, o emprego público ficou restrito, em caráter excepcional e transitório, a servidores sem concurso público e não pertencentes ao quadro permanente³, ou ainda, para funções destinadas à direção, chefia e assessoramento, a servidores de carreira, em condições e percentuais mínimos previstos em lei⁴. Nessa perspectiva, procurar-se-á embasar a fundamentação da instituição do cargo para a força de trabalho do SNA.

Pode-se observar que a atividade de auditoria, no SNA, implica não apenas o fornecimento de subsídios para a gestão no campo da saúde, mas também na responsabilização (*accountability*) dos gestores pelos atos administrativos. Logo, auditoria em saúde envolve dimensões não apenas de ordem administrativa, organizacional e técnica, mas também ética, política e social. Surge aqui uma indagação: a auditoria, a partir do controle interno do SUS, estaria assumindo como meta provocar mudanças efetivas e evitar procedimentos de não-conformidade, pela adoção de ações preventivas, ou apenas sinalizar ações corretivas?

O objetivo central do presente estudo é analisar a estruturação teórica e organizacional do SNA, a partir de seus avanços e desafios nas esferas federal, estadual e municipal do SUS, em uma capital de um estado da região sudeste, habilitada como Gestão Plena do Sistema Municipal. O nome do município será omitido por solicitação de alguns participantes da pesquisa; as questões relacionadas à força de trabalho do SNA foram investigadas não somente nesse município, como também nas três esferas pertinentes a cada estado federativo e no Distrito Federal.

³ Lei nº 9849 de 26/10/99.

⁴ Emenda constitucional nº 19.

CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA

A metodologia pode ser entendida como sendo um caminho que abrange a escolha dos instrumentos que irão possibilitar a apreensão da realidade; ou seja, é a definição de um conjunto de recursos, meios e procedimentos técnicos que inclui, ainda, as concepções teóricas e o potencial criativo do pesquisador, com sua visão de mundo, considerando-se que esses instrumentos são produzidos e administrados para a realização dos fins de um trabalho (Minayo, 1996).

Ortega y Gasset (1963) realçam que método e técnica são termos geralmente confundidos. Enquanto o primeiro é um conjunto de operações lógicas, o segundo é a arte de executar as operações manuais que os métodos exigem. Ressalta o autor que técnica não é apenas o conhecimento aplicado; é, sobretudo, um conjunto de possibilidades que permite aos homens aproveitar a natureza para fins humanos.

2.1 A abordagem quali-quantitativa

Diante da escassez de trabalhos no campo da auditoria em saúde, e levando-se em conta os limites de uma tese, este estudo consiste em uma produção de caráter exploratório, com abordagem quali-quantitativa. As estratégias qualitativas permitem identificar o que é importante estudar em um determinado contexto cultural, selecionar variáveis pertinentes e formular hipóteses adequadas a esse contexto (Minayo e Sanches, 1993; Létourneau,⁵ 1989 *apud* Uchoa, 1997). No que se refere à abordagem quantitativa, seus resultados costumam ser caracterizados como objetivos, válidos e confiáveis. Na maioria das pesquisas quantitativas, a coleta de dados se dá através de

⁵ Létourneau, G. L'étude comparative du vieillissement. In: Santerre, R.; Létourneau, G. *Veillir à travers du monde*. Québec, 1989.

questionários com categorias de respostas predeterminadas. As informações “colhidas” são analisadas através de técnicas estatísticas descritivas e analíticas (Stange e Zyzansky, 1989; Steckler et al, 1992; Minayo e Sanches, 1993; Mays e Pope, 1996).

2.2 O desenho da investigação

O estudo da estruturação teórica e organizacional do SNA, bem como de seus avanços e desafios, foi realizado nas esferas federal, estadual e municipal do SUS, em uma capital de estado da região sudeste, habilitada com a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal. No que se refere à força de trabalho do SNA compreendeu, além das esferas desse município, as três esferas pertinentes a cada estado federativo e ao Distrito Federal.

Para se entender a estruturação teórica relativa ao campo da auditoria em saúde e diferenciá-la da avaliação, buscou-se uma revisão teórica pertinente a esses mecanismos, conforme evidenciado no Capítulo 2.

A dinâmica do SNA, incluindo o modelo político e organizacional vigente e as estratégias adotadas para o seu funcionamento, foi abordada a partir de análise documental e da perspectiva dos atores sociais envolvidos, com base nas informações dadas pelo seguinte grupo de informantes: 13 (treze) auditores da esfera federal; 06 (seis) da esfera estadual e 03 (três) da esfera municipal.

Para analisar o perfil da força de trabalho, enviaram-se questionários (Anexo III) a 71 responsáveis técnicos das esferas – federal- estadual e municipal – existentes no âmbito nacional do SNA. As aquisições, dificuldades e perspectivas, no exercício profissional da força de trabalho desse sistema, também foram analisadas por meio de

documentos e a partir das percepções dos auditores, coletadas por meio de grupos focais.

2.3 Descrição das técnicas de investigação utilizadas

2.3.1 Análise documental

Para analisar o processo de estruturação do SNA, do ponto de vista institucional, foi realizada pesquisa documental, desde a proposição do sistema, em 1990, pela Lei 8080. Essa análise documental teve o propósito de atingir um armazenamento condensado de informações significativas, em seus aspectos quantitativos e qualitativos. Foram analisadas as leis, os decretos, portarias, manuais, relatórios de gestão e outros registros referentes ao SNA. A análise dos relatórios do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), relativos ao período de 1999 a 2005, constituiu o conjunto para que se pudesse compor a estruturação do SNA e a descrição da situação dos auditores. Esses documentos proporcionaram uma visão mais organizada e imparcial quanto à formulação e implementação da auditoria em saúde do SNA, facilitando a interpretação dos resultados dos grupos focais e dos questionários aplicados.

2.3.2 Grupos focais

Optou-se pelo grupo focal como possibilidade de se entender a realidade da estruturação da auditoria em saúde no SNA, a partir de vários pontos de vista, considerando o papel dos diversos atores e suas explicações. Trata-se, portanto, de instalar uma reflexão, entre os auditores, acerca dos conceitos, impressões e concepções relativos a algumas circunstâncias que envolvem o SNA. Krueger (1994) e Cruz Neto et al (2001) definem grupo focal como uma técnica de entrevista que visa a obter

informações qualitativas, a partir de um grupo com determinadas características identitárias.

Foram formados, então, grupos focais com integrantes de equipes de auditoria de cada uma das esferas (federal, estadual e municipal) do SNA presentes no município estudado. Esses grupos foram realizados separadamente e, como cada equipe possuía um número diferente de auditores, os grupos focais tiveram também um número diferenciado de participantes.

A opção pelo roteiro adotado no grupo focal se baseou nas orientações de Minayo *et al* (1999), que propõem a adoção de uma seqüência de perguntas estruturadas. As questões levantadas objetivaram a instauração e alimentação do debate entre os participantes, sem que isso indicasse uma preocupação com a formação de consensos ou mesmo com o estabelecimento de comparações.

Visando a compreender a dinâmica estabelecida pelas três esferas na organização e na prática do SNA e, diante da heterogeneidade em relação ao número e à formação acadêmica dos auditores que integravam as equipes, os grupos focais foram estruturados de acordo os vários níveis de gestão do SUS. Somente participaram do grupo os auditores que haviam respondido ao questionário e se disponibilizaram a participar da pesquisa (Anexo II). Nos grupos, estiveram em foco as seguintes questões: o exercício da função de auditor em saúde; os atributos e o número de auditores necessários a esse exercício; a inexistência do cargo e a articulação entre os componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS.

Para o recrutamento dos auditores encaminhou-se ofício a cada um dos responsáveis técnicos, nos três níveis de gestão do SUS, esclarecendo sobre a pesquisa –

seus objetivos, justificativa, procedimentos, benefícios esperados, forma de socialização dos resultados, garantias de esclarecimento e de sigilo –, e uma cópia da Resolução 196/96 do CNS.⁶

Como critério de inclusão, privilegiou-se quem estava no exercício da função de auditor em saúde e vinculado a uma das equipes das esferas do SNA.

Os grupos focais foram agendados previamente, de acordo com a conveniência do grupo, em horário e local pré-determinados, e com uma estimativa quanto à duração dos mesmos, de maneira a respeitar as atividades dos seus integrantes e permitir um melhor planejamento do tempo. Os encontros foram gravados, tendo a participação de um coordenador (profissional com experiência de trabalho com grupo focal) e um observador (doutorando). As questões eram semi-estruturadas, com um vocabulário adequado aos atores institucionais. Os grupos focais foram transcritos pela pesquisadora, facilitando, assim, o acesso ao material coletado, sempre que necessário.

2.3.3 Os questionários

Foram elaborados dois tipos de questionários estruturados: um para os auditores que participariam do grupo focal e outro para os 71 auditores/responsáveis técnicos que integravam as três esferas do SNA nas diversas capitais brasileiras e no Distrito Federal.

2.3.3.1 Questionários enviados aos integrantes do grupo focal

No âmbito do município estudado, todos os auditores de cada esfera do SNA que poderiam participar da pesquisa receberam um modelo específico de questionário

⁶ Trata-se de Resolução do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro/1996, que apresenta as diretrizes e normas reguladoras para pesquisas que envolvem seres humanos.

(Anexo I), com um prazo de dez dias para devolução, adotando-se como estratégia vincular o preenchimento do mesmo à participação no grupo focal. Assim, o número de questionários respondidos correspondeu ao número de integrantes do grupo focal. Esses questionários buscavam caracterizar o perfil dos integrantes das equipes de auditoria existentes no município e que participariam dos grupos focais.

2.3.3.2 Questionários enviados aos supervisores técnicos, no âmbito nacional

Como já mencionado, foi enviado outro modelo de questionário (Anexo III) aos responsáveis técnicos das equipes de auditoria das esferas que integravam o SNA, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. Esse questionário teve como objetivo retratar o perfil da força de trabalho do SNA.⁷

O índice de retorno aos questionários foi baixo, reforçando o que a literatura tem preconizado: de um total de 71 questionários enviados, apenas 30 (42,2%) foram respondidos e devolvidos. Na esfera federal, esse percentual girou em torno de 30%; na estadual, as respostas tiveram um percentual de 43,3%, e na municipal totalizou 26,67%. No entanto, esse índice ultrapassou os valores de 2% a 3% estabelecidos por Mattar (1996) e Botelho (2001) como necessários para que as respostas sejam representativas em torno de qualquer questão pesquisada. Botelho (2001) acrescenta que o retrato da realidade do objeto pesquisado é mais fiel quando os métodos quantitativos são associados aos qualitativos, pois, a abordagem qualitativa dará sustentação às tendências apontadas pelos estudos quantitativos. Considerando que houve a

⁷ Foi enviado um total de 76 questionários, porém, cinco capitais não possuíam componente municipal, perfazendo 71 questionários válidos.

devolução de apenas 30 questionários, foi possível sustentar o presente estudo, metodologicamente, como quali-quantitativo.

Desses 71 questionários enviados, em 42%, os responsáveis técnicos pelas equipes de auditoria dos componentes do SNA retornaram com cartas anexadas, enfatizando a importância da pesquisa para a melhoria das condições de trabalho e dos resultados referentes ao processo de auditoria. Ressalta-se ainda que, em oito capitais dentre os municípios investigados, nenhuma das esferas correspondentes ao SNA respondeu, o que tem o seguinte significado numérico: 1 da região Nordeste, 4 da Norte, 2 da região Centro-Oeste e 1 da região Sul. Observa-se que a região Sudeste foi a única em que, pelo menos um dos componentes de seus estados respondeu. Isso parece demonstrar como a influência do contexto sócio-cultural-econômico pode colaborar com as melhorias no campo da saúde (Travassos, Viacava, Fernandes *et al*, 2000; Vieira Filho e Oliveira, 2004).

2.3.4 Técnica de análise e devolução

Para análise dos dados qualitativos (análise documental e grupo focal), utilizou-se o método de análise de conteúdo, baseando-se em Bardin (1977), Triviños (1987) e Minayo (1993). As características metodológicas fundamentais desse método – objetividade e sistematização – orientaram a utilização dessa técnica em suas três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação.

Já no que se refere à abordagem quantitativa, por se tratar de uma pesquisa com pequena amostragem, trabalhar estatisticamente os dados não foi possível. O cruzamento das informações foi tentado a partir do teste qui-quadrado (Triola, 2005).

Contudo, não se evidenciou resultados significativos para confirmar a independência e/ou dependência entre as variáveis. Assim, optou-se por trabalhar com a frequência simples.

Quanto à devolução dos resultados da pesquisa, previu-se a realização de uma reunião para a qual serão convidados, através de carta, todos os participantes que fizeram parte da pesquisa, com o objetivo de apresentar e discutir os resultados encontrados.⁸

⁸ Necessariamente, por motivos protocolares, essa reunião só poderia ocorrer após a defesa da tese.

CAPÍTULO 3 – MARCO TEÓRICO

Neste capítulo, discuto o referencial teórico que orientou esta pesquisa. O SNA, como uma política de controle, busca resguardar aos usuários as qualidades das ações do SUS, com base em seus aparatos e estruturas estatais. Viana (1996) ressalta que a obrigação de uma política pública é impactar a vida das pessoas, o que vem ao encontro do compromisso do SNA com a saúde da coletividade.

A responsabilidade do SNA, particularmente em um país de dimensões continentais e diversidade social, econômica e cultural, como é o caso do Brasil, traz, desde a sua origem, as marcas de complexidades extremas. Diante disso e da sua especificidade, a constituição da auditoria como um campo, implicou a instituição de princípios racionalizadores, com diretrizes de conformidade, uniformidade e limites de ação. Significa dizer que essa normalização procurou ordenar as ações em auditoria, como também demarcar a construção e apropriação do conhecimento específico ao seu campo, orientando e legitimando sua atuação.

Essa situação pode ser entendida com base no referencial weberiano e por alguns princípios da administração pública gerencial. Preceitos ligados à efetivação de resultados, como o aumento da qualidade e a otimização na utilização dos recursos, essencialmente, para viabilizar ações de mudanças no SUS e, conseqüentemente, nas condições de saúde da população brasileira (Bresser Pereira, 1998; Weber, 1999; Loureiro, 2001).

3.1 A administração pública no modelo weberiano

Para Weber (1982), o objeto da sociologia é a ação social, definida como qualquer ação que o indivíduo dirija a outros indivíduos e que seja orientada pela ação de outros. Ela não é individual, só existe porque o indivíduo, a partir de suas ações, tenta estabelecer algum tipo de comunicação com os demais. Para o sociólogo, haveria três níveis de ação, que podem ser assim explicitados: 1) a identificação da ação; 2) a compreensão do sentido dessa ação, a partir da interpretação; 3) a explicação dos efeitos da ação.

O sociólogo realça que não é possível se apreender o real, devido a sua extensão e multiplicidade; assim, a sociologia consegue apenas aproximar-se da realidade e seu significado somente será apreendido e compartilhado se houver relação. Esta se dá por compartilhamento entre os motivos e os valores, que se complementam. A realidade somente pode ser apreendida porque está confinada a um tipo de racionalidade que se sustenta em preceitos científicos, históricos ou filosóficos. A perspectiva filosófica se baseia em uma abstração generalizante que elimina a contingência, afastando-se do que é concreto e singular. A perspectiva histórica reproduz o real pela descrição, procurando recuperar a perspectiva da contingência. Assim, conhece os acontecimentos na sua singularidade e especificidade e cria conceitos individuais com significados universais. Portanto, o conceito tem que ser geral e singular, e dá origem ao que Weber denomina de “tipo ideal”. Logo, ele não é real; é um construto teórico, possui uma validade geral e uma singularização; sendo quase impossível de se tornar “fato”, não representa a prescrição de um modelo, mas a descrição de uma abstração.

Weber acrescenta, ainda, que existem quatro categorias de ação social, complementares e determinadas pelo tipo de racionalidade que as orientou: 1) “racionalidade em finalidade”: quando já se possui uma expectativa quanto ao comportamento do outro, isto é, a ação possui objetivos próprios e ponderados; 2) “racionalidade em valor”: refere-se a um valor intrínseco à ação; 3) “racionalidade afetiva”: relaciona-se às características emocionais presentes na ação; e 4) “racionalidade tradicional”: baseia-se em costumes, normas e tradições.

A burocracia, em Weber (1982), é a ferramenta para a socialização das relações de poder, enquanto a autoridade é responsável pelo cumprimento às normas; ela é a institucionalização e legitimação do poder constituído, portanto, autoridade e poder se complementam e demarcam a burocracia, e são perpassados pela lógica da legitimidade. Em Weber (1999), o saber é que orienta a autoridade e, quando este se relaciona com o conhecimento prático adquirido no serviço, faz com que os detentores do poder se tornem ainda mais poderosos. Esse poder é impessoal e integra a organização administrativa ou profissional.

De acordo com Weber (1999), o poder seria a capacidade de induzir a aceitação de ordens, e a legitimidade seria a possibilidade de aceitar o exercício desse poder; a autoridade seria, nessa relação, o poder considerado legítimo. Assim, o reconhecimento dessa autoridade depende das partes envolvidas: dominados e detentores de poder.

A legitimidade da autoridade se caracteriza, para Weber (1999), por três tipos puros, os quais ele considera de dominação legítima: de caráter racional; de caráter tradicional; e de caráter carismático – traduzidos em autoridade racional-legal,

autoridade tradicional e autoridade carismática. A racional-legal – associada ao corpo administrativo – é o retrato da estrutura burocrática; a legitimidade da autoridade não emana do indivíduo, mas de cargos e normas pré-estabelecidos. Ela se sustenta em regras racionais, tendo como referência o código legal e a competência funcional. A dominação tem caráter impessoal e universalista, e o seu poder é limitado por suas próprias esferas de competência. Competência que, segundo Faria, Oliveira e Forner (2005), se refere à capacidade de congregar os saberes gerais e específicos às transformações em determinada prática profissional. Cabe lembrar, aqui, que existem poucos trabalhos na literatura que tratam do tema da competência. Zarifian (2001) foi o primeiro autor francês a trabalhar a noção de competência a partir dos preceitos científicos, realçando que a mesma se sustenta em três pilares básicos, a saber: 1) a responsabilidade e a tomada de iniciativa; 2) uma base de conhecimentos que viabiliza a consolidação de práticas, como também a transformação das mesmas; 3) a capacidade de liderar e mobilizar equipes em função de determinada ação. Faria, Oliveira e Forner (2005) enfatizam que a competência deveria ser o norte para melhores posições em uma cadeia hierárquica, além de melhores salários.

Ainda no que se refere à questão da legitimação da autoridade, a dominação de caráter racional-legal, segundo Chiavenato (2004), ela tem orientado diversos instrumentos gerenciais em instituições caracterizadas pela rigidez de controle, obediência e formalismo, visando a um alto nível de eficiência. Nesse caso, o poder – aceitabilidade às normas – se vincula ao cargo e não àquele que o ocupa. Os servidores são institucionalizados e inseridos numa “relação em cadeia hierarquizada”.

Na autoridade tradicional, o direito ao comando, segundo Weber (1999), se relaciona ao respeito às tradições, que passam de geração a geração. Nela, o poder privado se confunde com o público. É o tipo de autoridade cujo direito ao comando está condicionado aos usos e costumes; é aquela que perpetua os valores existentes, desde que legitimados pela autoridade hierarquicamente superior.

A autoridade carismática, em Weber (1999), refere-se, por sua vez, à devoção atribuída a um líder. Seus seguidores acreditam na existência de qualidades que o tornam um dirigente admirado. Baseia-se em um líder revolucionário, que tem seus ideais legitimados pelos seus simpatizantes, colocados na posição de discípulos. O caráter dessa dominação é pessoal.

Weber (1974) afirma que a estrutura burocrática é rígida no estabelecimento de estratégias de gerenciamento. Ela submete os funcionários aos padrões técnicos e culturais da empresa, na tentativa de assegurar algum tipo de controle, principalmente, entre aquelas detentoras de grande amplitude e complexidade. Procura, ainda, garantir a continuidade e agilidade das atribuições, como também a capacidade técnica e o mérito pelas ações desempenhadas. Likert (1975) realça a necessidade de se reconhecer a conveniência da estrutura burocrática, a partir de suas diretrizes, leis e rotinas, para facilitar a operacionalização das ações da força de trabalho, e acrescenta que um bom entrosamento entre a instituição e a força de trabalho, nesse tipo de estrutura, é o meio mais adequado para se alcançar objetivos predefinidos.

A estrutura burocrática, para ser eficiente, deve cumprir alguns princípios fundamentais, que podem ser resumidos em: normas e regulamentos; rotinas e procedimentos; comunicação formal; divisão do trabalho; hierarquia; impessoalidade;

administração especializada; competência técnica; profissionalização da sua força de trabalho (Weber, 1999). Esses princípios induzem, de certa maneira, a um outro, que é a previsibilidade do funcionamento institucional. Eles deveriam garantir um comportamento uniforme, pois, para Weber (1999), todas as ações e reações humanas, no contexto institucional, seriam previsíveis, descartando-se, com isso, o comportamento individual diferenciado. Essa previsibilidade de comportamento é questionada por Chiavenato (2004), que reconhece a possibilidade de diversos fatores que podem influenciá-lo, pois a sua concepção não é puramente mecanicista, viabilizando, assim, a sua imprevisibilidade, bem como a possibilidade do conflito nas ações comportamentais.

A previsibilidade das ações, a eficiência, a estabilidade e a racionalidade, segundo Weber (1999), dependem diretamente do rigor e do caráter técnico e, geralmente, garantem a fidedignidade aos propósitos colocados. Ressalta que é necessário, ainda, reconhecer o benefício da formalização e da padronização, percebendo suas influências no comportamento e nas relações interpessoais e entre os vários níveis, pois, a utilização inadequada desses procedimentos pode gerar o que autores como Nadler (1994), Pinchot (1994) e Araújo e Sanches (2005) denominam de “disfunções relacionadas à burocracia”. Essas podem estar associadas à submissão, ao comando hierárquico e à rigidez das normas e regulamentos. A rigidez determina instituições pouco flexíveis, inoperantes e voltadas sobre si mesmas, além de ações automatizadas por parte dos funcionários. Esse tipo de ação negligencia a capacidade da força de trabalho em formular, inovar e desenvolver o seu exercício profissional, tornando-a incapaz de se adaptar às condições adversas. Pinchot (1994) ainda associa a

essas disfunções a frágil interação entre formuladores, implementadores e operacionalizadores da política institucional.

Pinchot (1994) acrescenta que a importância da padronização dos procedimentos e a limitação das ações da força de trabalho, desde que ligadas aos preceitos éticos, de responsabilização e de abertura institucional, podem se tornar instrumentos de controle eficientes, visando à melhoria da qualidade das ações e dos serviços institucionais.

Tomando-se, então, como ponto de partida a perspectiva de Weber (1999), um processo de auditoria pode ser entendido como uma ação social em três níveis. O primeiro nível se relaciona à prescrição de uma auditoria constituída a partir da necessidade de estabelecimento de regras de controle sobre os programas ou serviços de saúde. O segundo nível se dá com a compreensão formal das regras que comandam o programa ou serviço. Na fase de divulgação dos resultados, a auditoria tem a função de formular orientações para a mudança da situação vigente, constituindo o terceiro nível de uma ação social.

No que se relacionam ao nosso objeto de investigação, podemos dizer que os dois primeiros níveis, ao facilitarem a ordenação e o controle das ações, conferem estruturação, organização e consistência às ações de auditoria do SNA, cumprindo as duas condições que Weber caracteriza como necessárias à racionalidade. Uma das condições se refere o uso de ferramentas – como manuais, normas e rotinas – adequadas ao alcance dos objetivos do SNA. A segunda diz respeito à formatação lógica e precisa das ações, proporcionando eficiência e assegurando uniformidade, conformidade e responsabilização das mesmas. Além do discernimento acerca de direitos e deveres –

demandando ou não sanções – há um tipo de poder exercido sobre as instituições de saúde, gestores, demais funcionários e usuários, o que garante o poder da autoridade burocrática legal.

Como a auditoria em saúde é um campo em vias de profissionalização, pode-se associar esse poder a dois componentes fundamentais para a organização de uma profissão que, na perspectiva de Machado (1996, 1997), são a autoridade cultural e social e a autonomia.

3.2 Teorias sobre a administração pública gerencial

Como assinalado por autores como Bresser Pereira (1998), Loureiro (2001) e Benites (2004), convive-se, no Brasil, com um modelo administrativo híbrido, no interior do qual critérios burocráticos dividem espaço com os da administração pública gerencial. Estes últimos buscam ultrapassar a estrutura rígida e centralizada em que o desempenho é avaliado a partir da obediência às normas éticas e legais prescritas na execução das atribuições delegadas aos trabalhadores. Esse modelo vem sendo desenvolvido, desde as últimas décadas do século passado, em vários países, como a Grã-Bretanha. Segundo Abrúcio (1998), esse país, diante da crise do seu modelo burocrático, promoveu ações transformadoras. Tais ações podem ser analisadas à luz de três teorias que se entrecruzam e não excluem umas as outras, embora se distingam quanto aos objetivos e ao público-alvo.

A teoria do *Gerencialismo Puro* é a primeira, e se ampara no princípio da eficiência, objetivando a redução dos custos no setor público e o aumento da produtividade, atendendo quantitativamente às expectativas da população. Essa teoria enfatiza a separação entre administração e política. Propõe repasses de atividades até

então governamentais à iniciativa privada e/ou comunidade, resultando na desregulamentação e na redução dos gastos públicos. Essa teoria busca definir, de forma clara, os objetivos finalísticos de cada instituição e as responsabilidades de cada componente da força de trabalho, bem como inserir a eficácia na lógica burocrática. Propõe uma estrutura administrativa pautada na descentralização, através da desconcentração de poderes – ou seja, do poder central –, e que busca garantir a efetividade das políticas públicas. A avaliação de desempenho institucional e da força de trabalho se sustenta na comparação dos objetivos propostos com os resultados obtidos. Essa desconcentração de poderes e o alcance dos resultados esperados garantem o *empowerment* à força de trabalho, pois reforça a autoconfiança. Entretanto, a rigidez na busca pela eficiência contamina essa autoconfiança e impede a flexibilização e a inovação da estrutura gerencial. Acrescentem-se, ainda, tentativas de redução de custos, visando ao aumento de produtividade, sem se preocupar com a qualidade e o impacto que o produto alcançado poderia gerar na população. Isto é, não há uma valoração qualitativa desse produto.

A segunda é a teoria do *Consumerism*, que traz um dos mais importantes avanços da administração pública em direção ao modelo gerencial, ao voltar-se para as necessidades de seus consumidores. Essa vertente parte da crítica de que a desconcentração privilegiava a esfera administrativa, não conseguindo promover também a descentralização política e do poder. Em contraposição, buscou delegar autoridade e poder aos diversos níveis. A proximidade do serviço público com seu consumidor viabilizou uma maior participação popular. A introdução da competição entre as instituições públicas possibilitou a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Outras modalidades contratuais também foram inseridas no âmbito público,

ampliando as parcerias multi-institucionais. A crítica mais consistente a essa teoria aponta para a necessidade de se substituir o conceito de consumidor – mais apropriado ao mercado – pelo de cidadão, pois o serviço público pressupõe uma relação mais complexa com o consumidor de seus serviços. Essa relação se associa à condição de compulsoriedade, que, às vezes, reveste o serviço público, limitando o poder de escolha; a implicação dos direitos e deveres com o exercício de cidadania; a influência dos princípios de *accountability* e equidade. Segundo Behn (1998), a *accountability* demanda participação na escolha dos administradores, na formulação e avaliação das políticas, sendo estrutural para a consolidação da cidadania. Acrescenta-se que, perante a escassez dos recursos públicos, um outro limite dessa teoria é a possibilidade de comprometimento do princípio da equidade.

A terceira teoria é a da *Construção da Esfera Pública*⁹ (*Public Sector Construction*), baseada na concepção de processo, associando a descentralização gerencial a princípios como *accountability*, equidade, justiça, participação política e transparência. Essa teoria introduziu o conceito de cidadão, buscando assegurar-lhe direitos e deveres, e ampliou o conceito de esfera pública e transparência, distanciando-se de particularismos, como o corporativismo e o clientelismo. A esfera pública passa a ser entendida como espaço de debate público, transparência e aprendizagem; para isso, procura conjugar *accountability* com equidade e justiça. Por sua vez, a aprendizagem social busca nortear a ação política pelo referencial da esfera pública, reunindo cidadãos, funcionários e políticos para a construção de uma nova cultura cívica. A noção de competitividade entre instituições públicas é abandonada, reforçando a

⁹ Tradução apresentada por Abrúcio (1998).

possibilidade de cooperação entre as mesmas, ainda baseada no princípio da equidade e em resultados mais efetivos das políticas públicas.

Essas três teorias demarcam os processos transitórios aos quais a estrutura estatal está sujeita. Nessa perspectiva, Abrúcio (1998) aponta alguns desafios para o Estado: 1) reconhecer a relação direta entre a burocracia e a política institucional vigente, o que requer uma associação entre a reforma administrativa e a transformação do processo político, considerando-se as demandas e necessidades da força de trabalho e da população; 2) respeitar as diferenças entre a “lógica fiscal” e a “lógica gerencial”. A primeira está ligada à contenção de custos, e a segunda à efetivação dos resultados esperados; 3) descentralizar, afim de se alcançar maior eficiência e democratização do sistema. Para isso, é fundamental a adoção de ferramentas como a coordenação e a política compensatória, caso contrário, o resultado será o isolamento dos diversos níveis federativos, impedindo o exercício do princípio da equidade; 4) por último, estabelecer uma distinção clara entre formuladores e implementadores, como também a identificação dos responsáveis por essas etapas do *policy making*. Necessita-se, então, da participação da força de trabalho e do controle social, em todas as etapas desse processo, tornando-o realmente democrático e respeitando a complexidade e diversidade do Estado brasileiro. A consequência dessas transformações seria o aprimoramento da máquina administrativa e o respeito à pluralidade do contexto de qualquer política pública, como é o caso da política de controle do SNA.

3.3 O princípio federativo da descentralização

A descentralização, como um princípio que procura implementar eficiência e democracia, tem a sua importância exacerbada em um país de dimensões continentais como o Brasil. Na prática, a descentralização consiste num processo político-administrativo que procura, a partir de princípios funcionais e territoriais, transferir as atividades de um nível central para níveis periféricos. Assim, no contexto aqui abordado, é a cessão de poderes, pelo governo federal, às esferas estaduais e municipais, que também passarão a exercê-los, com a viabilização de condições técnicas para a implementação de políticas sociais. A descentralização, na década de 1980, era entendida como possibilidade de superação de um sistema visto como centralizado, antidemocrático, ineficiente ou ineficaz. Buscava-se, com esse modelo, a solução de problemas presentes no âmbito das políticas públicas, na tentativa de se alcançarem os ideais de cidadania, controle social, equidade, justiça social e reduzir do clientelismo. Constituiu-se, nesse período, como um “norte” para a proposta de reforma do Estado, sendo adotada a partir de formas diversas de delegação, desconcentração, desregulação ou privatização, ou ainda pela transferência de atribuições. No entanto, é indispensável se verificar sob que condições essa possibilidade de reforma tem ocorrido e se existe um pacto federativo consolidado com esse fim (Abrúcio, 1998 e 2006; Souza, 1998; Arretche, 2000).

Desde a instituição do Brasil como República Federativa, vários arranjos têm sido realizados na tentativa de adequar a teoria federalista às condições diversas do país. Federalismo é uma forma de governo na qual se distribui o exercício do poder político, em face de uma base territorial, respeitando-se os contextos cultural, histórico e político dos estados-membros. Dessa forma, constitui-se o Estado Federal – união de estados –,

no qual os governos são eleitos democraticamente e o poder e as decisões políticas são compartilhados. É a aproximação dos níveis mais altos do governo e dos processos decisórios com a comunidade local. O Brasil convive com um federalismo denominado de centrípeto, com uma supremacia do poder federal, o que pode ser explicado, basicamente, por dois motivos. O primeiro está ligado à amplitude das competências federais, abrangendo o que é essencial em termos de direitos e deveres, economia e finanças, organização e ação política. O outro motivo é a prevalência da autoridade da união em relação às regras e competências estaduais (Almeida, 1991; Afonso, 1995; Baracho, 1996; Moraes, 1998; Souza, 1998; Sadek, 2000; Stephan, 2000; Souza, 2001).

A descentralização, em um sistema federal, pode ser administrativa ou política. A descentralização administrativa se refere à transferência de atividades para níveis intermediários ao central e ao periférico; assim, os intermediários se tornam os responsáveis pela integração entre os outros dois níveis. As tarefas administrativas não são de responsabilidade dos funcionários e serviços ligados à administração central. É um tipo de descentralização territorial, com a existência de um governo. No caso da descentralização política, há uma divisão dinâmica e interativa de poderes entre os níveis de governo. Nesta, se visualiza de forma nítida o processo oscilatório entre a descentralização e centralização. No entanto, nenhuma forma de descentralização é representada como um estado, sempre com essa oscilação (Mills, 1990; Orban, 1990; Bobbio, Matteucci e Pasquino, 1993).

A descentralização é um princípio que favorece as probabilidades de consolidação democrática, mas, quando não é precedida de um consenso social sobre os seus objetivos, acaba por criar uma distância entre os seus meios e fins. A

descentralização exige do âmbito central do governo não apenas um esvaziamento de funções, mas, também, um arranjo administrativo e institucional que disponha uma outra modalidade federativa. O federalismo significa a incorporação de vários centros de poder às cenas política e decisória. No entanto, historicamente, o Brasil tem um modelo de gestão centralizado e verticalizado; o poder decisório, no domínio administrativo, financeiro e institucional, se situa no âmbito federal, predominando uma baixa autonomia na utilização de recursos financeiros e um limitado poder de decisão nos estados e municípios. De fato, tem-se evidenciado, no país, uma descentralização apenas de âmbito administrativo, isto é, uma desconcentração de ações, buscando aproximar o serviço à comunidade como uma maneira de fortalecer a participação popular, mas não se observa uma desconcentração efetiva dos poderes (Jacobi, 1990; Campos, 1991; Mello, 1991; Mendes, 1999; Arretche, 2000). Algumas soluções pontuais têm sido disponibilizadas, na tentativa de diminuir a influência desses fatores, através da implantação de políticas que, segundo alguns estudos, conseguem apenas mascarar as conseqüências dos mesmos, sem resultados mais profundos do ponto de vista estrutural (Souza, 1998; Stephan, 2000; Arretche, 2001).

Mesmo com dificuldades, no Brasil, a década de 1990 foi marcada por um intenso processo de descentralização, incluindo-se aí a área da saúde, com a transferência da gestão dos recursos federais do fundo nacional para os fundos municipais de saúde. Para isso, implementaram-se as gestões semiplenas, no início dos anos 90, e, posteriormente, editou-se a NOB 96, que definiu as gestões plenas da atenção básica e do sistema municipal de saúde. A implementação desses modelos de gestão satisfaz ao princípio constitucional que preconiza que o SUS deveria transferir recursos financeiros – e o poder de decisão sobre sua aplicação – aos conselhos de

saúde e governantes locais. Conseqüentemente, vimos desenharem-se mudanças no campo da saúde, para repercutir no sistema federal brasileiro, que passaria a possuir um caráter mais cooperativo. Entretanto, essa situação trouxe também dificuldades, devido à inexperiência dos governos locais para a gestão do novo modelo de assistência e para gerir recursos financeiros escassos (Arretche, 2000; Souza, 2001; Viana, Lima e Oliveira, 2002).

O grau de descentralização tem servido de base para avaliar o funcionamento do sistema federal, entretanto, o princípio da descentralização, por si só, não mantém o federalismo. Fatores econômicos e políticos interferem na instituição do sistema federal, como também na definição dos níveis de concentração de suas ações. Um dos grandes entraves ao federalismo, no Brasil, se relaciona a não-priorização das reformas administrativa, econômica e fiscal, antes de se fazer a reforma política. Para se compreender os resultados de um sistema federal, a ciência política e a administração pública têm buscado associar as concepções de federalismo à maneira como o sistema federal tem sido operacionalizado. De um modo geral, as características de formalização e legalização do sistema federal não têm correspondido às práticas nos diversos componentes federativos. Os aspectos formais e legais de cada componente de um sistema federal se adaptam ao contexto aos quais são inseridos, ou seja, os padrões do sistema federal não são generalizáveis (Oslak, 1990; Abrucio, 1998; Souza, 1998; Sadek, 2000; Souza, 2001).

A descentralização, no campo da saúde, constitui-se, assim, como uma estratégia de planejamento e de administração das ações e serviços de saúde, com bases epidemiológicas e organizacionais, bem como nos princípios de hierarquização,

regionalização e integralidade. Os resultados esperados com a descentralização, nesse campo, traduzem-se pela democratização do processo decisório; pela eficiência da gestão das políticas públicas e pelo controle social.

3.4 O controle social

O controle social se configura como um conjunto de intervenções – positivas ou não – incorporadas por determinada coletividade, visando ao aconselhamento dos integrantes para adaptação a certos preceitos, em conformidade ao meio social. O controle social assume dois significados distintos. O primeiro se relaciona à disposição da sociedade civil para participar da gestão pública – do planejamento das ações e serviços voltados aos interesses da comunidade até a avaliação e controle. O segundo se vincula ao exercício burocrático de controle do Estado sobre a sociedade, no sentido de evitar conflitos sociais. Ele representa a legitimação social das normas e comportamentos aceitáveis em determinada comunidade. Resulta, ainda, de processos de democratização constituidores de subsídios para a estabilização da democracia. É um exemplo típico da participação viva da sociedade na tomada decisão; é a viabilização da expressão do interesse coletivo (Bobbio, Matteucci e Pasquino, 2000; Gerschman, 2004; Crevelim, 2005).

A participação da sociedade civil brasileira evidencia processos de construção democrática pouco uniformes, devido à pluralidade de fatores que os envolvem. Esses são conflituosos e atingem a estrutura do Estado, evidenciando a precariedade dos “mediadores institucionais” com a sociedade civil. Eles estão, geralmente, relacionados com a efetivação da partilha do poder. Alguns sinais de ameaça são percebidos para essa efetivação, como a resistência do executivo em compartilhar o poder, tido como

exclusivo, e a luta enfrentada pelos grupos sociais para impingir uma participação efetiva no processo de tomada de decisão.

No entanto, a sociedade civil ainda se encontra limitada a participar apenas do processo de implementação, assumindo uma função meramente consultiva ou de legitimação nas tomadas de decisão. De acordo com Dagnino (2002), as justificativas para a não realização dessa partilha se encontram na estrutura operacional do Estado, sustentada no modelo ideal dos princípios burocráticos weberianos, introjetados em prol da estrutura estatal e pouco efetivos na atenção às necessidades da comunidade, apesar de Crozier (1981) considerar que a burocracia, em Weber, além de objetivar a racionalização, parece preocupada em aclarar o conceito de controle social, diante da sua inquietude em explicar a legitimidade. Outra justificativa, segundo Dagnino (2002), se refere à exigência de titularidade política e técnica, por parte da sociedade civil, para a participação nos espaços públicos, aos interesses diversos e à falta de autonomia para a negociação.

O controle social pode, através de suas ações, implicar a ampliação e continuidade da responsabilização (*accountability*) da gestão pública. Ele pode ser exercido a partir da utilização dos recursos públicos, na gestão dos serviços e políticas públicas, nos atos deliberativos e na fiscalização dos conselhos, protagonizando as políticas através de acordos permanentes entre usuários e Estado. Os resultados da responsabilização, através do controle social, sinalizam articulações consolidadas do Estado com instituições da democracia representativa; fortalecimento das capacidades institucionais do Estado; e difusão e socialização da informação visando, sempre, à transparência governamental (Anastásia, 2000).

A Constituição de 1988 delineou um novo modelo de saúde, ao possibilitar amparo legal e participação popular nas políticas de saúde instituídas como direito social. Em certo sentido, foi impossível avançar em direção a sua implementação, demonstrando a dificuldade que tem o Estado brasileiro em compartilhar poderes e em consolidar, na prática, o fazer democrático. Dessa forma, evitaram-se confrontos que buscassem alterações nas políticas em formulação e/ou implementação, garantindo, assim, os interesses estatais (Sposati e Lobo, 1992; Crevelim, 2005).

A Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL Presidência da República, 1990), formaliza a participação popular nas políticas de saúde, através de “instâncias colegiadas e participativas”. Essas instâncias foram compostas pela Conferência de Saúde, Conselho de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (Conass), e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). As conferências acontecem a cada quatro anos, são de caráter nacional, abrangendo as diversas representações sociais e visam a avaliar e sinalizar as readequações necessárias nas políticas de saúde. Os conselhos se constituem como órgão gestor de caráter permanente, tendo representação dos vários segmentos envolvidos na produção, gestão e usufruto da saúde.

Os conselhos de saúde foram constituídos como espaços de negociação compromissados com os impactos produzidos pelas deliberações. Têm, em sua composição, representantes de gestores, profissionais e usuários envolvidos na efetivação das políticas voltadas para o bem comum. No entanto, mediações de natureza corporativista e pluralista do regime político abrem espaço para o privilégio de interesses particulares e, de certa maneira, influenciam os rumos da implementação das

políticas de saúde. Interesses diversos, entre representantes dos usuários de um mesmo grupo social, às vezes, facilitam a ação de interesses puramente políticos. Alguns desses representantes constituem simples “intermediadores” de interesses políticos, resultando em deliberações desvinculadas das necessidades dos grupos sociais (Diniz e Boschi, 1989; Sposati e Lobo, 1992; Costa, 1997; Gerschman, 2004).

Segundo Sposati e Lobo (1992), dezesseis anos após a Lei 8142 (BRASIL Presidência da República, 1990), ainda há muitos municípios lutando para a instituição do Conselho Municipal de Saúde e, em alguns desses, os prefeitos se sentem no direito de designar a “representação popular”, de acordo com seus interesses. Para concretizar e regulamentar a democratização do SUS, fortalecer o controle social, o Conselho Nacional de Saúde elaborou a Resolução de número 333, de 04 de novembro de 2003 (BRASIL MS, 2003), definindo claramente as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Apesar dessa resolução, e de o controle social se constituir como um dos princípios básicos para um SUS democrático, os debates, publicações e conferências de saúde têm demonstrado que ele ainda não se concretizou como ponto basilar dos conselhos de saúde, e que aspectos conjunturais reforçam as dificuldades para que se verifiquem avanços reais na instauração do controle social (Labra e Figueiredo, 2002; Gerschman, 2004).

3.5 Teorias da profissionalização

Considerando a auditoria em saúde um campo em profissionalização, faz-se necessário buscar subsídios que o possam caracterizar como tal. A profissionalização, segundo Freidson (1988), é o processo no qual uma ocupação conquista o direito de

exercer uma determinada atividade produtiva e controlar esse exercício, o acesso a ele, a qualidade e a capacitação para que ele se processe. Para Larson (1977), a profissionalização se configura como a confirmação de um “*status* especial” para determinada ocupação e resulta de um processo coletivo de mobilidade social ascendente. A autora afirma que o processo de profissionalização está relacionado a diversos fatores, como, por exemplo:

- 1) a necessidade da oferta do serviço – a importância de uma ocupação e sua possibilidade de profissionalização está vinculada ao que ela tem a oferecer e à maior ou menor dificuldade de acesso ao serviço oferecido pela mesma;
- 2) quanto menos competitivo for o mercado, melhor a condição do exercício profissional. Entretanto, não se pode negar que a competição pode tanto promover o aprimoramento das atividades, como fortalecer o seu monopólio;
- 3) a desorganização e universalização da clientela favorecem a profissionalização;
- 4) quanto maior a cientificidade da base do conhecimento de determinada profissão, mais favoráveis serão as condições para a profissionalização;
- 5) a formação é um instrumento fundamental de controle para o acesso à profissão e ao aumento de poder no mercado;
- 6) quanto maior a proteção do Estado à determinada profissão, menor a sua dependência do mercado, e mais fortalecida é a sua posição na escala de divisão do trabalho;
- 7) quanto mais próxima a ideologia profissional estiver da ideologia dominante, mais privilegiada será sua situação.

Parsons, citado por Machado (1996), define profissão como “sistemas de solidariedade” baseados em conhecimentos específicos transmitidos por escolas habilitadas para esse fim. Esses sistemas compõem-se de profissionais, com formação em determinado campo do conhecimento, o que lhes confere autoridade e poder para

aplicá-lo. Machado (1996), conforme já sinalizado, enfatiza que os dois componentes fundamentais para a organização de uma profissão são a autoridade cultural e social, e a autonomia.

A conformidade na literatura no que diz respeito à definição e atributos referentes à profissão é evidente. Diversos autores, como Barber (1963)¹⁰ e Greenwood (1966), citados por Machado (1996); e Starr (1991), têm trabalhado os atributos necessários para que uma determinada ocupação se configure como profissão. Esses atributos podem ser assim sintetizados: 1) base de conhecimento e treinamento sistematizados; 2) autoridade legitimada pela sociedade, conferindo-lhe privilégios e poderes em relação à escola de formação profissional, ao controle da inserção na profissão e à monopolização das questões técnicas; 3) código de ética, como mecanismo de regulação, explicitando os direitos e deveres profissionais, de maneira a evitar o uso inadequado dos mesmos; 4) “cultura profissional”, expressando as concepções e práticas que modelam determinado grupo profissional, com critérios e valores de pagamento padronizados no âmbito da corporação; e 5) estruturação dos serviços voltada para a instância coletiva.

Ao processo de profissionalização têm-se associado algumas etapas, como: 1) dedicação em tempo integral ao trabalho, com remuneração que garanta condição de vida demarcando o seu espaço como “trabalho especializado” e um retorno à sociedade; 2) a estruturação de processos de educação formal, através de um conhecimento teórico sistematizado, socializado e universalizado. A especificidade do conhecimento tem se tornado o diferencial entre as profissões. (A prática passa a se sustentar em normas e

¹⁰ Barber, B. Some problems in the sociology of professions. *Dardalus*, 92, Fall, 1963, p. 669-88.

regulamentos específicos, responsáveis por reger o desempenho profissional e por conferir estabilidade na carreira; 3) organização profissional em grupos específicos de conhecimento. Esse tipo de associação procura representar os interesses do grupo, trabalhando questões relativas ao mundo do trabalho, como reivindicações, remunerações, etc., como também, o controle de padrões de desempenho e o acesso à profissão; 4) regulamentação da profissão pelo Estado, a partir de uma legislação específica que legaliza o direito da mesma em deter o monopólio de alguns serviços. A autorização para o acesso ao exercício profissional fica condicionada ao diploma e registro profissional; 5) elaboração do código de ética que rege a prestação do serviço, através do estabelecimento de princípios relativos à prática profissional. Esses princípios asseguram condutas adequadas, utilidade pública e social, além de garantir o monopólio dessa prestação. O caráter social, aliado à qualidade técnica, se caracteriza como aval à credibilidade social; e 6) o princípio da autonomia advém do domínio na ação profissional e confere independência para essa ação (Moore, 1970; Wilensky, 1970, citado por Machado, 1996).

Questionando a regularidade como tem sido abordado o processo de profissionalização, Starr (1991) ressalta que esses atributos são de ordem funcionalista e são geradores de lutas e enfrentamentos no interior do grupo e externos ao mesmo no sentido de garantir o poder através da priorização de um corpo de conhecimento racional e científico, de princípios éticos e de auto-regulação, de acordo com a perspectiva weberiana, assegurando monopólios e privilégios, como também o controle do mercado. Esse controle, segundo o autor, se materializa através de um poder legitimado pela autoridade reconhecida, por deter um saber profissional específico. A autoridade não é própria do indivíduo, mas de sua qualidade de integrante de um grupo

que legitima o seu exercício e a competência profissional. A institucionalização do grupo depende de acordos consensuais internos, que assegurem a sua união em torno de interesses coletivos, como também da sua legitimação, como autoridade profissional, por parte da sociedade.

Weber (1999) sinaliza que o exercício de controle da autoridade está baseado no saber, pois este garante a eficácia da administração burocrática, modelo essencial diante de estruturas administrativas amplas. Esse saber, ao se relacionar com o conhecimento prático adquirido no serviço, faz com que os detentores do poder se tornem ainda mais poderosos. Esse poder, contudo, é impessoal, integrando a organização administrativa ou profissional. O autor realça que a força de trabalho de uma organização burocrática possui as seguintes características:

- 1- o funcionário deve ser um especialista no seu cargo; o seu processo de progressão vertical depende de que ele vá se tornando um generalista;
- 2- o cargo que o funcionário ocupa é a sua principal atividade, pois o exercício dessa atividade exige competência e capacidade. Esses critérios nortearão a promoção do funcionário através de um plano de carreira;
- 3- não há norma ou regra que defina o seu tempo de permanência na organização;
- 4- existe uma clara divisão do trabalho, na qual o administrador tem a função de gerência e o funcionário de operar os equipamentos; os dois com salários diferenciados.

Moore (1970) adverte que o grau de profissionalização se relaciona diretamente com a demanda pelos serviços. E, no caso do trabalho assalariado, há redução no grau de autonomia, o que exige, assim, a estruturação de associações com características mais próximas às de um sindicato. Verifica-se também um grau de

profissionalização dependente não apenas da competência técnica, mas da adequação da conduta profissional às normas do empregador.

A importância do Estado para a legitimação da inserção de novas profissões no mercado é ressaltada por Machado (1996). É o Estado que delega autoridade e garante o domínio e monopólio do exercício profissional, a partir de legislação específica, além de reconhecer a imprescindibilidade de um processo formal de educação e dos “monopólios de competência”.

Cabe aqui salientar que o processo de formação, no campo da saúde, tem sido questionado por diversos autores, como Paim e Almeida Filho (1998), Schraiber (1999), Carvalho (2000), O’ Dwyer e Pastrana (2000), Pinheiro e Mattos (2001), Melo (2002 e 2005). Em seus estudos, esses autores enfocam a importância de mudanças no sentido de privilegiar a integralidade da atenção e o cuidado em saúde. Paim e Almeida Filho (1998) ressaltam a necessidade de uma apropriada disponibilização das disciplinas que integram o tripé interdisciplinar do campo da saúde coletiva – epidemiologia, planejamento/gestão de saúde e ciências sociais em saúde –, com conteúdos programáticos e carga horária adequados desde a graduação. Concluem que as disciplinas desse tripé oferecem suporte consistente para que se tenha uma integração entre uma formação acadêmica sólida e as ações e serviços na área da saúde. Diante disso, torna-se importante ponderar as dificuldades existentes nesse campo, que se juntam às relativas à formação em auditoria, campo de conhecimento em construção.

Não se pode negligenciar a complexidade para a estruturação e materialização de um campo científico que, de acordo com Stengers (1990), exige cinco pilares fundamentais: estabelecimento de conceitos bem estruturados cientificamente; definição

da sua importância; interesse social; habilidade dos grupos de interesse envolvidos; e vinculação a um projeto político. O autor ressalta que a produção do conhecimento se relaciona à tríade *conhecer, prever e agir* – que convive com consensos, conflitos e contradições –, mas nem sempre está ligada a práticas preventivas, além de estar sujeita à influência de interesses externos ao campo científico.

Em relação às exigências atuais da necessidade de qualificação permanente, Deber (1983), também mencionado por Machado (1996), considera a especialização como a possibilidade de aprimoramento da técnica e não como um fracionamento das atividades produtivas. Freidson (1988) salienta que a cobrança de qualificação pode não ser necessária para algumas atividades, em determinados postos de trabalho, advertindo quanto a interesses do mercado, às vezes não vinculados ao aprimoramento técnico. Acrescenta que, geralmente, os enfrentamentos para o controle desses postos têm maior influência do que o conhecimento profissional.

Na sociedade contemporânea, as profissões são reguladas por prestígio, autoridade cultural, monopólio ocupacional garantido através de legislação específica, constituída pelo Estado, e autonomia (Machado, 1996). A autora preconiza que as profissões têm sofrido transformações caracterizadas como formas de proletarização, desprofissionalização e racionalização. A proletarização corresponde ao assalariamento dos profissionais liberais, denominados de “novos proletários”, pois essa condição os aproxima da classe operária. A desprofissionalização se relaciona ao desgaste do monopólio do corpo de conhecimento, da autonomia e da credibilidade social. A racionalização, por seu turno, apresenta ligações profundas com os princípios burocráticos. Como vimos, os princípios burocráticos procuram racionalizar o processo

de trabalho, adequando-o às normas administrativas e gerenciais. A predominância desses princípios, as mudanças na modalidade de remuneração e de organização do processo de trabalho substanciam alterações significativas na estrutura profissional antes vigente. Machado conclui que essas três vertentes assinalam a uniformização do processo de trabalho, os prejuízos no domínio do mesmo e nos privilégios antes existentes.

Uma vez adotado o referencial weberiano, interessa-nos mais especificamente a vertente da racionalização, da qual, segundo Machado (1996), Larson é partidário. Esse autor assinala três características dessa vertente. A primeira foi o fortalecimento da divisão do trabalho, tanto no plano horizontal, através de qualificação profissional, com a especialização, como no vertical, que incumbe aos profissionais de menor escalão os afazeres rotineiros. Limita-se, dessa forma, o campo de atuação profissional, que se torna apenas mais um componente da estrutura organizacional. A segunda característica se refere à necessidade de técnicos especializados para a constituição de protocolos para serviços de maior nível técnico; e a terceira se relaciona ao aumento da carga de trabalho, o que interfere em direitos antes adquiridos, como horários para lanche e capacitação, como também na qualidade do serviço prestado (Larson, 1980). Apesar dessas características, Larson ressalta que essas transformações não direcionam a perda de autonomia técnica, além de não influenciarem da mesma forma as diversas profissões, sendo que aquelas com um corpo de conhecimento consolidado e reconhecido são menos influenciadas.

Com base em Larson (1977), pode-se conceber como elementos indispensáveis para se analisar a trajetória de profissionalização da auditoria em saúde: 1) a relação

estabelecida entre a natureza da auditoria em saúde e o sistema auditado; 2) as transformações que essa auditoria pode proporcionar ao SUS e os benefícios das mesmas aos seus usuários; 3) qual a disposição do Ministério da Saúde em facultar a um grupo de funcionários o monopólio relativo à auditoria em saúde; 4) a autonomia técnica e cognitiva e o nível de controle sobre a formação nesse campo profissional.

O direito de exercer uma atividade profissional na administração pública tem sido conquistado através da prestação de concurso. Pacheco (2002) ressalta que essa modalidade de inserção no âmbito público tem sido utilizada como uma maneira de purificar a administração pública e justificar o acesso ao serviço público pelo mérito, negligenciando outros instrumentos como o desempenho adequado das atividades ou a qualificação. De acordo com o autor essa situação comprova que a intenção tardia de profissionalizar a administração pública, nos moldes burocráticos, não chegou a ser concluída. Além disso, destaca que concursos públicos, geralmente, mensuram conhecimentos; sendo necessários outros mecanismos para se avaliar competências que consigam reproduzir “eficiência e responsabilização”, fundamentais para melhorar o desempenho das instituições públicas.

O autor acrescenta a essa conjuntura, a realização pouco regular dos concursos públicos, em geral, sem um planejamento adequado quanto ao número de funcionários necessários, resultando em um excesso momentâneo de candidatos e em longos períodos sem outros concursos, o que compromete a criação de carreiras.

Diante de todos esses desafios, Bresser Pereira (2006) sugeriu um modelo de recrutamento de administradores através da participação da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), que se tornaria a responsável pelo processo de seleção

e formação dos administradores públicos. Os candidatos participariam de um processo de seleção cuja aprovação daria acesso ao curso de mestrado em administração pública, economia e ciência política, e à carreira pública, após a conclusão do curso. Esse processo de seleção aconteceria, anualmente e preencheria cerca de 60% das vagas. Os outros 40% seriam destinadas aos já funcionários portadores de diploma de mestre ou doutor.

CAPÍTULO 4 – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL E SUAS FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA GESTÃO

Avaliação e auditoria, ferramentas presentes na estrutura regimental do SUS, utilizadas para a melhoria da qualidade da gestão e para a *accountability*¹¹ da política, ainda apresentam, no campo da saúde, mesmo entre os integrantes da força de trabalho do Ministério da Saúde, uma noção pouco clara dos significados de uma e de outra.

No âmbito do SUS, a avaliação já apresenta um referencial teórico e uma prática mais consolidada, já que o SNA ainda está tentando demarcar esses parâmetros também para a auditoria. Este capítulo se propõe a esclarecer esses conceitos, entendendo-os como ferramentas fundamentais para a administração pública.

4.1 Processo de auditoria e avaliação em serviços de saúde: um breve histórico

Caleman, Moreira e Sanches (1998) assinalam que o termo *audit* foi proposto para os serviços de saúde, pela primeira vez, em 1956, por Lambeck. Sua finalidade era avaliar a qualidade dos processos e resultados desses serviços, através da observação direta do registro e da história clínica do usuário. Na percepção de Zanon (2001), no entanto, a auditoria médica foi criada em 1943, por Vergil Slee.

Em 1972, os Estados Unidos da América criaram a “Professional Standard Review Organization”, buscando regulamentar essa modalidade de avaliação, só que com uma perspectiva de auditoria. Essa entidade incorporou aos programas de acreditação hospitalar o “Peer Review”, sistema de revisão por pares, seguindo padrões

¹¹ Ou seja: “obrigação de responder por uma responsabilidade outorgada” – o que pressupõe a existência de, pelo menos, duas partes: “uma que delega a responsabilidade e outra que a aceita, com o compromisso de prestar contas da forma como usou esta responsabilidade” (Barzelay, 2002, p. 30).

estabelecidos pelo Colégio Americano de Cirurgiões (Azevedo e Korycan, 1999; Zanon, 2001).

No Brasil, a lei 8080 (BRASIL MS 1990) reconheceu a importância da auditoria, ao estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL SF 1995). Esse sistema tem como proposição complementar as outras instâncias de controle e regulação, fazer o levantamento das principais carências, estimar o impacto das ações de saúde e traçar o perfil de utilização dos serviços para as mudanças necessárias no planejamento, na gestão, execução e avaliação das ações de saúde. O SNA define auditoria como “análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais praticados por pessoas físicas e jurídicas”.

Os Manuais de Normas de Auditoria (BRASIL MS, 1996; BRASIL MS, 1998) enfatizam que o principal objetivo do processo de auditoria é “a qualidade das ações de serviços prestados no campo da saúde”.

No plano internacional, o Centro de Gestão Hospitalar da Colômbia (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000) realça que a qualidade da atenção à saúde depende do cumprimento de alguns requisitos essenciais, entre eles, a competência profissional, através de certificação.

Buscando priorizar as diretrizes do SUS, os processos de auditoria têm sido sistematizados como instrumentos de suporte e estabelecidos para avaliar os serviços e suas intervenções, principalmente quando a auditoria assume a posição de marco para a redefinição de objetivos, estabelecimento de conteúdos e estratégias para consolidar

melhorias nos serviços de saúde, tomando por base imperativos sociais, políticos e técnicos.

4.2 A avaliação de programas/políticas/serviços

O campo da avaliação abriga concepções distintas. Para Donabedian (1984), a avaliação constitui um processo sistemático e objetivo que busca analisar a efetividade ou o impacto de determinada atividade, a partir de objetivos pré-determinados, de maneira a reorientá-la para a conquista de benefícios. Já na perspectiva de Vaitsman, Rodrigues e Paes-Souza (2006, p. 22), a avaliação se constitui de estudos que buscam analisar os processos e resultados de um programa ou política, a partir de indicadores relacionados à “relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou a sustentabilidade”. Tem como objetivo melhorar a qualidade de determinado programa ou política e oferecer subsídios que reorientem os processos de formulação e implementação.

A avaliação é uma atividade de pesquisa que visa à solução de questões relativas à determinada coletividade, através da análise da efetividade ou não das intervenções sociais. Essa modalidade de atividade valoriza a formulação e a implementação do programa como um todo, considerando, principalmente, condições sociais problemáticas (ver Barzelay, 2002).

Um processo clássico de avaliação se baseia nos princípios da confiabilidade e da isenção dos avaliadores. A pesquisa de avaliação deve focalizar os objetivos pré-estabelecidos ou a eficácia das ações, envolvendo suas diversas fases, desde a formulação até os impactos das políticas, além de suas causas e conseqüências. No entanto, ainda tem sido mantido como objetivo principal a análise dos impactos dos

programas, verificando-se sua efetividade. O parâmetro utilizado para se definir a efetividade é o seu alcance em relação ao controle ou à cura de determinado mal social, preservando-se a sociedade como um todo. O mérito de um programa está no cumprimento de seus objetivos com um adequado custo-benefício. Nessa perspectiva, um avaliador tem a função de sugerir e implementar pesquisas capazes de emitir pareceres técnicos sobre o processo que envolve uma política pública (Barzelay, 2002; Noronha, 2004).

Vedung (citado por Noronha, 2004) caracteriza a avaliação como um processo analítico, que pode ser utilizado no âmbito da administração pública e em todas as etapas do processo de formulação e implementação das políticas públicas, compreendendo seus produtos e impactos, bem como viabilizando reformulações necessárias para a melhoria na tomada de decisões. Aponta que as análises *a posteriori*, ou seja, aquelas que se baseiam apenas nos impactos das ações governamentais, exigem procedimentos minuciosos de monitoramento, sistematização e classificação dos resultados das ações implantadas, pois, é a partir dessas análises que poderão ser previstas melhorias futuras nessas ações. Nesse sentido, a avaliação é utilizada para fins de *accountability* (responsabilização), conforme a percepção de Barzelay (2002), já exposta anteriormente.

Vedung¹² acrescenta que a responsabilização pode ser delegada pelo agente político, cidadão, cliente ou, ainda, pelo gestor. O agente político é aquele que, eleito pelo povo, serve-se da avaliação para defender as políticas propostas por ele e responsabiliza a burocracia pela sua boa ou má condução. Por sua vez, o cidadão a

¹² Vedung, E. *Public policy and program evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2000 (citado por Noronha, 2004).

emprega para responsabilizar seus agentes políticos. Já o cliente faz uso para confirmar a intuição do valor da política implementada. E, por fim, o gestor a utiliza para verificar como a política está sendo implementada. O autor acrescenta que as informações extraídas em cada fase se constituem como um processo que procura compreender o “todo”, não se limitando aos produtos gerados, mas abrangendo questões como eficiência, eficácia, efetividade, qualidade da administração e *accountability*.

Os resultados de determinada política social podem ser avaliados através do seu produto ou dos seus impactos. Para Noronha (2002), existem dificuldades em distinguir o que é produto e o que é impacto gerado pela implementação de determinada política social. Na concepção de Merhy (2000), produto é o objetivo alcançado, enquanto o impacto está relacionado às mudanças promovidas de maneira efetiva por esse objetivo. Por exemplo, uma política que busca viabilizar alguns recursos para a implantação de consultas de pré-natal visa a alcançar, como produto, a cobertura do pré-natal e, como impacto, uma diminuição no índice de mortalidade materna.

Identificar que fatores influenciam os resultados, de acordo com Noronha, (2004), é fundamental. Essa identificação depende diretamente dos critérios norteadores da avaliação, do contexto no qual incidirá a sua ação, da realidade e dos atores sociais envolvidos. Esses critérios, para o autor, geralmente estão relacionados à abordagem adotada na avaliação: foco e área sob análise; introdução de novos pontos de vista sobre problemas antigos, como também sobre novos programas da agenda e sobre as etapas nas quais se encontram.

Quanto ao propósito de se estabelecer uma diferenciação conceitual entre avaliação e auditoria, é relevante a análise de Barzelay (2002). Esse autor ressalta que é

equivocada a terminologia empregada na modalidade auditoria de desempenho, baseando-se no fato de que ela se enquadra no âmbito da avaliação e não da verificação. Tem como finalidade apreciar, ajuizar quanto à otimização ou não dos programas e processos produtivos. Ela somente poderá ser conceituada como auditoria quando submetida aos padrões puramente burocráticos, em que a “mola-mestra” é a verificação apenas da conformidade da ação ou do serviço.

Assim, optou-se por discorrer sobre o seu mérito e variações, tratando-a como domínio da avaliação. Barzelay (2002) sinaliza que o mérito da auditoria de desempenho se situa em políticas que conseguem promover a intervenção social objetivada. O responsável pela implementação dessa política busca uma eficiência de recursos, ações eficazes e produtos não cristalizados e permeáveis às mudanças necessárias. Assim, esse mérito se sustenta em indicadores como otimização dos processos de economia como a eliminação de desperdícios de insumos (eficiência); às ações adequadas, advindas da utilização desses recursos (eficácia) e, transformação de insumos em produtos que gerem impactos positivos (efetividade). Esses indicadores são conhecidos como os 3 E's da gestão pública, e sua presença caracteriza o bom funcionamento administrativo (Barzelay, 2002; Gomes, 2002; Noronha, 2004).

As variações referentes à auditoria de desempenho, segundo Barzelay (2002), podem relacionar-se à abrangência da avaliação, ao foco do trabalho, à modalidade de revisão e à unidade de análise; e pode ser classificada em:

1) Auditoria de eficiência: analisa a forma como o auditado gerencia seus recursos humanos e materiais, se existe uma associação previsível entre eficiência e custo mínimo;

2) Auditoria de efetividade: examina os resultados, verificando o impacto provocado pelo produto de uma política. Preocupa-se mais com avaliações pontuais do que com a política como um todo. Utiliza-se menos a pesquisa em ciências sociais, quando comparada com a avaliação de programas;

3) Auditoria de capacidade de gerenciamento de desempenho: analisa a habilidade do auditado em gerenciar processos e programas de forma eficiente e efetiva, buscando também formular orientações direcionadas a um melhor desempenho;

4) Avaliação de risco: sinaliza aos gestores e aos formuladores de políticas públicas os problemas que uma determinada política implementada pode originar. Essa auditoria não se posiciona, necessariamente, quanto à efetividade do programa;

5) Revisão geral de gestão: verifica a organização e não o programa implantado. Ao buscar a origem dos problemas ou sucessos, pode ir além das auditorias de desempenho da capacidade gerencial.

A avaliação pode ainda ser definida como normativa ou formativa. A normativa (ou somativa) sustenta-se em concepções como juízo final, valoração e produto, que induzem critérios pré-determinados de efetividade ou significância, qualidade e utilidade. A formativa se constitui como uma atitude investigativa que procura conscientizar e refletir sobre determinada situação, com o propósito de melhorar a situação, subsidiando práticas educativas de maneira a adequá-las à realidade (Sessions, 2001).

4.3 Auditoria

O campo da auditoria tem apresentado uma diversidade de conceitos e modalidades, variando com os autores e instituições. O seu emprego como um dispositivo de controle está consolidado no campo da economia, geralmente utilizada em sua vertente contábil-financeira, aferindo valores de maneira a conferir a existência de fraude ou roubo. Pode, ainda, vincular-se aos processos gerenciais, assumindo, além da função de controle, através de análises, avaliações e comprovações, a de reorientação das ações, funções e/ou serviços (Attie, 1984; Zucchi, 1992; Pina e Torres, 2001; Prada, 2002; Marques e Almeida, 2004).

Barzelay (2002) enfatiza que a auditoria consiste em uma forma de investigação que tem o intuito de verificar o cumprimento de critérios e ações. Sinaliza que um dos pressupostos que distingue auditoria tradicional de avaliação de programas é que a auditoria tradicional tem como principal modelo a máquina burocrática. Reproduz, de forma fiel, a estrutura burocrática, ao privilegiar a adoção de normas e padrões estabelecidos de forma hierarquizada. O mérito, nesse tipo de auditoria, relaciona-se apenas ao produto, sem considerar o impacto das transformações ou mudanças provocadas por determinada ação.

De acordo com Pina e Torres (2001), o mérito em auditoria também se sustenta nos 3 E's da gestão pública, já mencionados anteriormente, e destacam o papel relevante desses no contexto da nova gestão pública. Concordando com Reis (1993), Pina e Torres (2001) advertem que é essencial a adequação desses indicadores aos da realidade da instituição a ser auditada, desde que sejam respeitadas as expectativas de solução para os problemas. Acrescentam que a priorização dos indicadores de

processos¹³ e de resultados amplia a abrangência da auditoria. Note-se que a resolução nº 781/95, do Conselho Federal de Contabilidade (CFC, 1995), estabelece que esses indicadores devem considerar certos critérios, como, por exemplo: a observância de políticas, planos, procedimentos e leis; a garantia dos objetivos e metas para operações ou programas; a proteção do ativo; o uso econômico e eficiente dos recursos; e a fidedignidade e integridade da informação.

Ibañez *et al* (2001) enfatizam que tais indicadores possibilitam um melhor conhecimento das atividades administrativas; dos recursos humanos; cargos e salários; recrutamento; seleção; treinamento e desenvolvimento; e, ainda, dos sistemas de informação. A limitação a um indicador isolado se deve à pluralidade de necessidades que envolvem a diversidade do processo de trabalho em saúde, o que demanda a utilização de uma série de fatores, entre eles, os que agregam sujeitos, especialidades e procedimentos diversos.

Na visão de Pina e Torres (2001), as modalidades de auditoria podem ser caracterizadas a partir do órgão auditor, do objetivo, do alcance, da periodicidade e do momento. Dependendo do órgão auditor, ela pode ser dividida em auditoria interna e externa (Mautz, 1985; Attie, 1984; Conselho Federal de Contabilidade – CFC, 1995; Pina e Torres, 2001; Peres Júnior, 2004).

A auditoria interna é compreendida como uma atividade de controle administrativo, com alto grau de independência, que verifica o interior de uma

¹³ Alguns autores, como Mayntz (1980), citado por Meny (1992, p. 171), sinalizam que o sistema de ação para uma análise das políticas públicas deve considerar três etapas: a análise da estrutura de execução, o processo de execução e os resultados. Assim, esses autores procuram distinguir a “estrutura de execução” do “processo de execução”, assinalando que o processo de execução envolve a teoria ou a prescrição, isto é, corresponde ao desenho do campo social, enquanto a estrutura de execução expressa a realidade dos fenômenos em seu aspecto concreto, é a execução efetiva no cenário social.

organização, com a qual o grupo de auditores – geralmente, com formação acadêmica diversa – tem vínculo direto. O auditor não deve exercer ou elaborar as atividades que audita ou mesmo ter uma relação de dependência com as mesmas. Essa independência viabiliza o exercício de suas funções de maneira mais livre, objetiva e sem comprometimentos, devendo resultar em julgamentos neutros e imparciais. A cautela é fundamental, pois o auditor, ao estar subordinado às necessidades e desejos da alta administração, pode se tornar subserviente à política vigente, comprometendo em algum grau o princípio da isenção. Logo, a independência é obtida através da posição que ele ocupa e da sua objetividade.

A auditoria interna, como processo de revisão, tem caráter permanente, com o objetivo de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação e eficácia a um custo razoável. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas (Mautz, 1985; Attie, 1984; CFC, 1995; Pina e Torres, 2001; Peres Júnior, 2004).

A auditoria externa, por sua vez, é realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente na organização, o que parece proporcionar uma maior isenção. Esse tipo de auditoria tem caráter periódico (Mautz, 1985; Attie, 1984; CFC 1995; Pina e Torres, 2001; Peres Júnior, 2004).

Em relação aos objetivos, a auditoria pode ser caracterizada como financeira ou contábil, verificando se a situação financeira do objeto analisado representa fielmente

sua realidade contábil e se está articulada aos resultados da gestão, assegurando-lhe idoneidade. Uma outra modalidade de auditoria, no que diz respeito ao objetivo, é a auditoria de legalidade, que visa a analisar o cumprimento das normas estabelecidas no âmbito do setor público (Pina e Torres, 2001).

De acordo com seu alcance, a auditoria pode ser parcial ou completa. Considerando a sua periodicidade, pode ser contínua, de periodicidade anual, ou esporádica. Quanto ao momento em que a auditoria ocorre, pode acontecer previamente, simultaneamente ou *a posteriori* (auditoria retrospectiva). Geralmente, no setor público, as auditorias são de caráter contínuo e podem analisar, concomitantemente, a parte contábil e o cumprimento da legalidade (Pina e Torres, 2001).

Barzelay (2002) assinala dois casos atípicos de auditoria. O primeiro é a auditoria de informações de desempenho, responsável pela veracidade das informações de desempenho fornecidas às instâncias superiores. Justifica a sua importância examinando se as informações correspondem a um juízo de valor afetado pela filosofia da gestão. Esse tipo de auditoria se baseia na observação da estrutura e dos procedimentos de determinado órgão e, a partir dessa observação, faz algumas inferências.

O segundo, a auditoria de revisão da melhor prática de gestão, utiliza métodos de pesquisa em ciência social para identificar a maneira como certo tipo de função apresenta um desempenho excepcional e as razões de seu sucesso.

O Tribunal de Contas da União (TCU), órgão fiscalizador que assegura os princípios da eficiência, impessoalidade, moralidade e publicidade que regem a administração pública, divide a auditoria em operativa e de conformidade. Associa à

auditoria de natureza operacional a análise sistemática das atividades, programas, projetos dos sistemas governamentais, órgãos e entidades jurisdicionadas ao Tribunal e a divide em auditoria de desempenho operacional e de avaliação de programa. A auditoria de desempenho operacional procura examinar os aspectos da economicidade, eficiência e eficácia da ação governamental; a avaliação de programa, por seu turno, examina os resultados, isto é, a efetividade dos programas e projetos governamentais. Já a auditoria de conformidade tem o objetivo de verificar a obediência de normas e regulamentos, buscando evitar fraudes e desvios de recursos (BRASIL, TCU, 2003).

Em relação à execução do trabalho de auditoria, a resolução nº 781/95 (CFC, 1995) sinaliza como etapas de uma auditoria: planejamento, verificação e avaliação das informações (observação direta e entrevistas), diagnóstico, comunicação dos resultados, intervenção e acompanhamento.

Essa resolução (CFC, 1995), ao pontuar as normas para esse trabalho, enfatiza a importância que os requisitos do auditor ocupam em um processo de auditoria, ressaltando princípios como competência quanto a conhecimentos técnicos e experiência para exercer a função de forma eficaz, além da independência e do zelo. No que se refere à independência do auditor, a resolução realça a necessidade de que o exercício da função ocorra de forma livre e objetiva, viabilizando pareceres imparciais. Enfatiza também o respeito à hierarquia e às normas do setor auditado, à não-subordinação aos gestores das áreas auditadas, lembrando sempre o compromisso com a lealdade ao interesse público. Ressalta, ainda, que a condição primordial para um auditor é a autonomia, que permite a obtenção de “dados e fatos sem tendenciosidade” e evita a subserviência administrativa ou política, que poderia comprometer o grau de

isenção e de objetividade. Por fim, acrescenta algumas características obrigatórias ao auditor, como equilíbrio pessoal, cautela e imparcialidade, responsabilidade e zelo pela documentação, sigilo e a não-utilização das informações para benefício próprio.

Tanto a resolução (CFC, 1995) como Pina e Torres (2001) salientam o extremo valor do relatório de um processo de auditoria e o definem como um documento que apresenta o resultado dos trabalhos, devendo ser redigido com objetividade e imparcialidade, expressando conclusões, recomendações e providências a serem tomadas pela administração da entidade. Esse relatório deve estar sustentado em evidências fidedignas, pertinentes e úteis para assegurar orientações relevantes ao auditado. As evidências podem se classificar em físicas e documentais. A evidência física se obtém pela comprovação de objetos ou fatos que expressem a realidade, como ativos e passivos financeiros, equipamentos, estoques, imóveis, instalações, móveis, recursos humanos, veículos que compõem o objeto auditado. A evidência documental se constitui a partir de cartas, contratos, memorandos, notas fiscais, recibos, registros, relatórios, etc. Qualquer evidência deve ser documentada através de “amostras reais e/ou termo de inspeção”, assinados pelos auditores e auditados.

4.3.1 Auditoria em saúde

A auditoria no campo da saúde, segundo o regulamento do Sistema Estadual de Auditoria Assistencial (MINAS GERAIS SES, 1997), pode ser classificada quanto ao tipo; à causa desencadeante; à consequência da ação; ao nível realizador; e ao objeto da ação. Em relação ao tipo, ela se divide em analítica ou operativa. A auditoria analítica constitui-se de um conjunto de atividades que procura analisar a formulação, a implementação e os resultados de uma política, visando a reorientá-la ou reformulá-la.

Baseia-se na análise de dados estatísticos, documentos, laudos, processos, relatórios, taxas, etc., no sentido de verificar o atendimento às normas e padrões pré-estabelecidos e redirecionar o modelo de atenção à saúde. Ela é realizada como componente básico para a preparação das auditorias operativas ou ainda na análise das situações observadas na auditoria operacional (MINAS GERAIS SES, 1997; Juhás, 2002).

A auditoria de natureza operacional é a verificação *in loco* das atividades, procedimentos e condições estruturais. Consiste em atividades de controle das ações, com exame direto dos fatos e situações, através de ensaios, medição, observação e outras técnicas, com o objetivo de sistematizar procedimentos. Esse exame busca confirmar ou não o atendimento às normas e leis, bem como a adequação, conformidade, eficiência e eficácia do processo de trabalho em saúde, como também dos seus outros dispositivos de controle existentes – avaliação, controle interno e externo e regulação –, sugerindo soluções alternativas para a melhoria do desempenho operacional. A sua vertente tradicional se atém à fiscalização dos resultados (MINAS GERAIS SES, 1997; Caleman *et al*, 1998; BRASIL MS, 1998; Juhás, 2002).

Quanto à causa desencadeante, uma auditoria pode ser programada ou especial. A auditoria programada é um procedimento de rotina, tem uma programação estabelecida e aprovada. A especial, geralmente, acontece de forma súbita, a partir de denúncias por parte da imprensa, de outros órgãos ou de pessoas (MINAS GERAIS SES, 1997).

Uma auditoria relacionada à conseqüência da ação pode ser preventiva ou punitiva. A preventiva tem o objetivo de preservar o bom funcionamento de determinada política ou órgão, evitando violação de normas através de esclarecimento e

orientação. A punitiva tem como função punir a transgressão das normas (MINAS GERAIS SES, 1997).

Em relação ao nível realizador, uma auditoria pode se constituir a partir do nível central de gestão ou do regional; pode originar-se, ainda, de uma auditoria analítica especial ou programada, no âmbito central, ou de uma operativa especial ou programada, na esfera regional. Nos serviços, busca analisar os procedimentos das unidades prestadoras de serviços assistenciais. Nos sistemas de saúde, tem a finalidade de verificar os aspectos assistenciais e gerenciais dos mesmos (MINAS GERAIS SES, 1997).

Independente de suas diversas modalidades, a auditoria envolve um processo sistemático, crítico e contínuo, que analisa as ações e decisões de pessoas e instituições que prestam serviços na área de saúde, visando à otimização da gestão administrativa, através da verificação e controle dos processos e resultados. Ela tem por objetivo assegurar maior benefício, menor risco e maior eficiência possível. Visa, ainda, a verificar se os benefícios estão de acordo com as disposições planejadas, normas e legislações vigentes.

A auditoria deve basear-se em princípios éticos básicos, como autonomia, beneficência e justiça, sendo necessário, para isso, maior proximidade quanto à realidade a ser auditada. O respeito a essa realidade é fundamental para que se possa ampliar o grau de adequação do programa proposto e reverter a verticalidade do modelo clínico-assistencial prevalecente, favorecendo a adoção de ações coletivas e preventivas, além de contribuir na divulgação e legitimação das atividades, eventos e serviços

desenvolvidos no campo da saúde e servir de fator agregador à autonomia local (Rodrigues *et al*, 1988; Mejía, 2001; Guido Osório *et al*, 2002; Silva e Fischer, 2004).

De acordo com o Manual de Normas de Auditoria do Ministério da Saúde, de 1998, entre os requisitos necessários a um auditor, destaca-se a não-atuação profissional nas atividades que ele irá auditar, com o objetivo de preservar a ética. Exige-se, igualmente, agir com cautela, discrição, sigilo e zelo; manter-se atualizado tecnicamente; ter o apoio e a confiança individual dos coordenadores do serviço, dos usuários e da instituição. Todos esses requisitos têm por finalidade viabilizar a autonomia profissional para a execução do processo de auditoria. Em última instância, um auditor deve estar apto a formular e implementar normas, procedimentos e técnicas para o desempenho da auditoria, assumindo uma posição de independência e imparcialidade. De acordo com Guido Osório *et al* (2002), há, nesse aspecto, a necessidade de profissionais capacitados e formados na área de auditoria.

Um processo de auditoria, no campo da saúde, tem cinco etapas básicas: 1) planificação dos objetivos – depende do alcance que se pretende, delineando-se as atividades, os recursos necessários e áreas críticas; 2) exame e avaliação da informação; 3) apresentação dos resultados; 4) divulgação desses resultados; 5) adoção de ações para a melhoria do serviço. O conjunto dessas etapas baseia-se em processos já efetivados e reconhecidos; em dados epidemiológicos que orientem o planejamento específico de cada serviço; e em um processo de avaliação estruturado para atingir as dimensões social e técnica, de modo que a transformação da gestão pública aconteça a serviço do cidadão. A dimensão social de uma auditoria é atravessada tanto por valores construídos socialmente, quanto pela subjetividade, não só de quem avalia, mas também de quem é

avaliado. Essa peculiaridade demanda a incorporação das perspectivas dos atores sociais envolvidos e um método de análise qualitativa. A importância dessa abordagem liga-se diretamente ao objetivo da auditoria que é a qualidade (Osório *et al*, 2002).

A adoção de algumas prerrogativas se faz necessária para o norteamento da auditoria, nas suas diversas etapas, como a revisão por pares e a melhoria dos seus instrumentos; a estruturação e operacionalização de protocolos que orientem as práticas, e o enfoque na “triangulação”, com a inserção e integração das diversas teorias, métodos, procedimentos de coleta e análise dos dados (Camacho e Rubin, 1996; Hartz e Camacho, 1996).

4.4 Avaliação, auditoria e SNA: algumas reflexões

A partir dos autores estudados, foi possível identificar e compreender a complexidade das duas ferramentas trabalhadas: os processos de avaliação e de auditoria no campo da saúde. Como já mencionamos, esses termos, às vezes, têm sido empregados de uma maneira inadequada, devido, principalmente, ao seu uso recente.

No campo da economia, eles já apresentam uma diferenciação mais consolidada, sendo que a avaliação, tanto nesse campo, como nas políticas sociais, tem buscado, através de pesquisa, descrever as fases de formulação e implementação de um programa ou política, até os impactos provocados por eles, de modo a emitir pareceres técnicos sobre todo o processo. Já a auditoria, em sua vertente tradicional, segundo Pina e Torres (2001), verifica determinado programa ou política, procurando discrepâncias entre as normas e procedimentos do auditado. Na sua vertente operativa ou de desempenho, utiliza a inspeção para verificar os aspectos dos programas ou políticas ou,

ainda, das organizações envolvidas, de modo a responsabilizar os auditados pelo impacto positivo ou negativo. Esta é a vertente que se aproxima do objetivo do SNA.

Tanto a avaliação quanto a auditoria têm, na qualidade dos registros existentes nos programas ou serviços de saúde, um importante referencial, pois a qualidade desses registros pode influenciar as informações geradas a partir de um processo de avaliação ou de auditoria e, em algumas situações, a qualidade dos registros disponíveis pode ser proporcional à qualidade do programa ou serviço. Essas duas ferramentas situam a abordagem do seu objeto tanto no processo como no produto, além de se constituírem como ferramentas para a credibilidade de um Estado democrático, pois, é a partir delas que é possível buscar eficiência, eficácia, efetividade, transparência e requisitos para a responsabilização (*accountability*), quanto ao modelo político e de gestão vigentes (Attie, 1984; Zucchi, 1992; Pina e Torres, 2001; Barzelay, 2002; Gomes, 2002; Noronha, 2004).

Nos serviços de saúde, a avaliação tem sua utilização mais consolidada, constituindo-se como um instrumento para o aperfeiçoamento dos programas e serviços em saúde, permitindo compreender seu funcionamento e sugerindo mudanças necessárias. Por sua vez, o emprego da auditoria, além de ser recente e, em certas situações, incipiente, tem sido adotado em diversos sentidos, ampliando-o a uma concepção de análise e verificação de serviço ou programa ou reduzindo a sua aceção a uma análise de aspectos financeiros. Atualmente, o campo da auditoria tem assumido, além da análise técnica em saúde, a função de reorientação nos processos gerenciais (Zanon, 2001; Juhás, 2002; Camacho e Rubin, 1996; Hartz e Camacho, 1996; Dias da

Costa, 1998; Dias da Costa *et al*, 2000; Pina e Torres, 2001; Barzelay, 2002; Gomes, 2002).

Apesar de uma institucionalização mais demarcada no campo da saúde, segundo Akerman e Nadanovsky (1992), a avaliação ainda apresenta uma tendência tradicional de analisar apenas a qualidade da “cura”. Esses autores realçam a importância de se abranger todo o processo da assistência e salientam que a avaliação não se reduz a um fim em si mesma, mas a um processo que corresponde as suas funções econômica, social e política. Sua complexidade exige clareza e sistematização, com critérios estabelecidos a partir da definição prévia das demandas sociais, de maneira a legitimar-se como um movimento de transformação que, além dos resultados efetivos, busque contemplar o acesso e a equidade no cuidado à saúde.

Entendendo a saúde como um processo, os métodos utilizados para avaliar, inspecionar e verificar programas ou serviços de saúde também apresentam um caráter dinâmico e complementar, não podendo ser baseados em modelos rígidos. Uma auditoria pode ser simultânea ou retrospectiva a um processo de avaliação e, geralmente, a auditoria vem complementar questões levantadas a partir de uma avaliação. Um parecer emitido por uma avaliação, normalmente demanda uma auditoria, que deverá verificar a fidedignidade desse parecer, propondo a implementação de novas ações ou o redirecionamento das existentes, exigindo nova avaliação e posterior verificação da efetividade das medidas adotadas.

As informações geradas por uma auditoria possibilitam o redirecionamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações dos serviços de saúde. A auditoria é uma oportunidade permanente de negociação e, ao envolver aspectos

organizacionais e políticos relacionados, reorienta o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde (Camacho e Rubin, 1996; Dias da Costa, 1998; Dias da Costa *et al*, 2000).

A importância dessas duas ferramentas para o SUS fica explicitada no novo organograma do Ministério da Saúde, estabelecido pelo Decreto nº 5974, de 2006 (de 29 de novembro de 2006), ao posicioná-las em sua estrutura. Apesar, da dicotomização dos departamentos, que as utilizam como instrumentos de trabalho, em secretarias distintas. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS ficou ligado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. O art. 30 desse decreto estabelece como função desse departamento a verificação, a adequação, a resolubilidade e a qualidade dos procedimentos e serviços de saúde disponibilizados à população. Essa verificação e os resultados obtidos, via de regra, viabilizam não só o planejamento como também a estruturação e implementação dos processos de auditoria.

Enquanto que as outras ferramentas utilizadas para a melhoria da gestão – como a avaliação, o controle e a regulação – foram reunidas no departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, um dos departamentos que compõem a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Ao analisar as funções desse departamento, assinaladas no art. 16 do decreto, observa-se que poderiam ser sintetizadas nas ações de acompanhar, avaliar e coordenar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério. Essa distinção em duas secretarias pode dificultar a aproximação e complementaridade das ações desses departamentos que poderiam estar integrando qualquer uma das secretarias estabelecidas.

Em síntese, não se pretendeu ao distinguir as ferramentas avaliação e auditoria provocar uma ruptura entre os conceitos, principalmente quando os dois se complementam. Uma avaliação tem como objetivo compreender e descrever o programa ou o serviço de saúde, estabelecendo uma concepção valorativa, enquanto a auditoria tem como objetivo inspecionar a conformidade desse programa ou serviço de saúde às normas vigentes, buscando melhorar a qualidade de suas ações, adequando-as às demandas e necessidades da coletividade. Tanto a auditoria, como a avaliação, no campo da saúde, podem ser entendidas como ações sociais, sendo que seus relatórios ou pareceres advêm da interpretação que se dá aos objetos auditados e avaliados; são ferramentas que buscam fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando a sua melhoria. O formato e a extensão de um processo de auditoria se relacionam à efetividade e à resolubilidade dos outros dispositivos de controle existentes em determinada instituição. Dessa maneira, entende-se que as atividades de auditoria, além de controlar, fiscalizar, verificar e orientar as atividades operacionais como um todo, podem incluir ações de outras ferramentas que buscam dar suporte para as necessárias melhorias políticas e institucionais.

CAPÍTULO 5 – O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS E SEU PROCESSO ESTRUTURAÇÃO

Este capítulo busca reconstruir o processo de estruturação do SNA, sustentado pelo Decreto-lei 1651 (BRASIL SF 1995). Nesse sentido, realizaram-se análise documental referente às leis, medidas administrativas e relatórios específicos desse sistema, desde a sua criação. No que diz respeito à força de trabalho do SNA, optou-se por inserir os aspectos relacionados à sua estruturação no Capítulo 8.

5.1 O SNA: da criação à regulamentação

O SNA se enquadra naquilo que Viana (1996) classifica como o objeto de formulação e implementação de uma política pública. A autora sinaliza que esse objetivo deve relacionar-se com o impacto produzido por determinada política na vida das pessoas e da coletividade.

O processo de estruturação do SNA foi abordado a partir de documentos que lhe dão respaldo legal e de relatórios que contemplam uma análise das realizações desse sistema. No entanto, não se tem, aqui, a pretensão de esgotar essa abordagem, diante da existência de uma ampla legislação de natureza histórica, econômica, política e social complexa e em permanente transformação.

Como vimos anteriormente, a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL MS 1990), estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), como a política nacional de saúde, demarcando a necessidade de criação do SNA como um mecanismo de regulação e controle técnico e financeiro do SUS e das ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Essa mesma lei realça que o SNA está sob competência do SUS, em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios.

No entanto, a instituição do SNA se deu apenas pelo art. 6º da Lei 8689, de 27 de julho de 1993 (BRASIL MS 1993), e sua regulamentação, como o órgão responsável pela auditoria no âmbito do SUS, ocorreu em 28 de setembro de 1995, através do Decreto-lei 1651 (BRASIL SF 1995). Esse decreto define auditoria como “análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas”.

Na iniciativa privada, a Lei 9961 (BRASIL, MS 2000a) regulamentou a Agência Nacional de Saúde Suplementar, como uma autarquia com a função de controlar as operadoras de serviços de saúde, assim como outros órgãos públicos, visando à manutenção da qualidade da assistência à saúde prestada aos beneficiários dessas operadoras.

O Decreto-lei 1651 (BRASIL SF 1995) demarca a necessidade de instituição de órgãos nos três níveis de governo, no sentido de compor o SNA, ficando o SUS como o responsável pela supervisão direta. O SNA seria integrado pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria (DCAA) e por uma Comissão Corregedora Tripartite. O DCAA foi instituído, no plano federal, como órgão de atuação do SNA, ao passo que a comissão tripartite seria composta por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e da direção nacional do SUS. Esse decreto define, ainda, que a estrutura e o funcionamento do nível federal do SNA se constituiriam como indicativos para a organização dos outros componentes no Distrito Federal, estados e municípios. Em seu artigo 5º, procurou sistematizar o processo de descentralização do SNA, definindo as

competências de cada instância, sendo que a esfera federal ficou com a responsabilidade pela gestão das suas ações e serviços de saúde; pela verificação da conformidade das ações e serviços de saúde, no âmbito nacional, com a política de saúde instituída no Brasil; pelo controle dos recursos transferidos aos estados e municípios, mediante os relatórios de gestão; como também pelos sistemas estaduais de saúde e suas ações, instrumentos e métodos de controle, avaliação e auditoria. O nível estadual responderia pela gestão de suas ações e serviços públicos ou privados, contratados ou conveniados, e dos sistemas municipais e consórcios intermunicipais de saúde; pela verificação dos recursos estaduais repassados aos municípios; além de averiguar as ações, instrumentos e métodos utilizados pelos órgãos de controle, avaliação e auditoria dos municípios. O plano municipal deveria gerir suas ações e serviços de saúde públicos, ou privados, contratados e conveniados e, do mesmo modo, as desenvolvidas pelo consórcio intermunicipal.

5.2 A NOB-SUS 01/96, Manual de Auditoria de 1996 e NOAS 01/2002: estruturação de componentes e regionalização do SNA

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96, de 27 de agosto de 1996 (BRASIL MS 1997), buscou dar continuidade à sistematização acima assinalada, instituindo a estruturação de componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. Avançou, também, em direção à constituição de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade e em critérios epidemiológicos, de maneira a priorizar as necessidades dos usuários e não apenas a quantidade das ações e serviços. O mesmo ocorre na operacionalização do modelo de gestão do SUS, ao redefinir as responsabilidades da União, estados, Distrito Federal e municípios no SUS, estabelecendo os respectivos papéis de cada nível e uma nova prática de

acompanhamento, controle e avaliação no SUS. Assim, a prática de controle se daria a partir do SNA e se constituiria em ações de auditoria analítica e operacional de responsabilidade de cada esfera gestora do SUS. Para isso, definiu-se a estruturação de órgãos de controle, avaliação e auditoria nas três instâncias do SUS, com definição de recursos, metodologia adequada e integração operacional.

A organização e as competências dessas três esferas se fizeram dentro do arcabouço federativo que buscou institucionalizar o SUS como uma política nacional, através de uma proposta de articulação administrativa, fiscal, institucional e política, nos âmbitos federal, estadual e municipal. Esse pacto estava delineado desde a Lei 8689 (BRASIL MS 1993), que já preconizava a descentralização do Sistema Nacional de Auditoria em órgãos de representação do Ministério da Saúde, em cada estado da Federação e no Distrito Federal, além daqueles pertencentes ao nível municipal.

O Manual de Auditoria de 1996 (BRASIL MS, 1996), ao regulamentar o cumprimento das normas e disposições relativas ao SUS, inseriu divisões regionais de auditoria do Ministério da Saúde, denominadas DIAUD (Divisão de Auditoria), em cada unidade federada, com a responsabilidade do controle, avaliação e auditoria das unidades que compõe o SUS. Estabeleceu, também, que as atividades de auditoria se dariam em quatro níveis: 1) Auditoria de Nível Central – atividade desenvolvida pela Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria e suas coordenações, ou em conjunto com as regionais, ou em cooperação técnica com estados e municípios; 2) Auditoria de Nível Regional – desenvolvida pelas divisões regionais, pelos auditores das DIC (Divisão de Controle e Avaliação dos Serviços Assistenciais) e DIAUD (Divisões de Auditoria) ou em cooperação técnica com estados e municípios; 3)

Auditoria de Nível Estadual – responsabilidade do Controle e Avaliação da SES ou em cooperação técnica com estados e municípios; 4) Auditoria de Nível Municipal – responsabilidade do Controle e Avaliação da SMS ou em cooperação técnica com estados e municípios. Esse manual foi reeditado em agosto de 1998 (BRASIL MS, 1998).

Para estimular a criação de um controle mais próximo e contextualizado ao local, a NOAS 01/2002 (BRASIL MS 2002a) condiciona que somente será habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal, o município que, entre outras responsabilidades, tenha estruturado o componente municipal. Esse componente assumirá o desenvolvimento das “atividades de realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS”.

5.3 A legislação pertinente à delimitação das ações do SNA, no âmbito do Ministério da Saúde

Retomando a trajetória histórica referente à legislação, a Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998 (BRASIL Presidência da República, 1998), ao definir as áreas de competência do Ministério da Saúde, delega ao SNA também a coordenação e fiscalização do SUS. A reorganização das atividades do SNA dá-se em 1999, através da Portaria 1069 (BRASIL MS 1999), que reestrutura o Ministério da Saúde, estabelece uma nova organização para as atividades do SNA e regulamenta o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). O departamento ficaria responsável pelas atividades de auditoria, devendo ser representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal. Por sua vez, o controle e a avaliação ficariam sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). Essa secretaria ficaria incumbida do

planejamento e da implementação das “atividades de controle e avaliação das ações e serviços no âmbito do Ministério da Saúde”, além de disponibilizar dados e informações para subsidiar as atividades de auditoria.

A portaria também delibera que o órgão federal do SNA faria a verificação da regularidade dos atos praticados, produzindo ações orientadoras e corretivas em relação à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde. Realça a necessidade de se adequar a qualidade e resolubilidade dessas ações e serviços de saúde, através da adoção de princípios da eficácia, eficiência e efetividade.

O decreto 3496, de 01 de junho de 2000 (BRASIL MS 2000b), ao reestruturar regimentalmente o SNA, ampliou as competências do DENASUS. Além das atividades de auditoria, esse departamento ficou também responsável pelo controle e avaliação, pela correção de irregularidades praticadas no SUS e pela assistência direta e imediata ao gabinete do ministro. Para isso, organizou as atividades de controle, avaliação e auditoria, no âmbito do Ministério da Saúde, determinando que o DENASUS atuasse no acompanhamento da programação aprovada, como também na aplicação dos recursos repassados aos estados, aos municípios e ao Distrito Federal; seria igualmente de sua alçada a verificação da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas, mediante exame analítico, verificação *in loco* e pericial.

Após essa reestruturação regimental, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de buscar uma melhor integração do SNA e o aperfeiçoamento de seus instrumentos de gestão. Nesse sentido, a Portaria 2.266, de 12 de dezembro de 2001,¹⁴

¹⁴ Publicada no Diário Oficial nº. 238, de 14 de dezembro do mesmo ano.

estabelece o “Conselho de Auditores do SNA, órgão colegiado tripartite, com a finalidade de integrar, uniformizar e harmonizar o funcionamento do Sistema”.

Atualmente, a estrutura organizacional do Ministério da Saúde tem o seu formato baseado na regulamentação apresentada pelo Decreto 4726, de 09 de junho de 2003 (BRASIL MS, 2003b). Esse decreto situa o DENASUS como órgão de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, e o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas como órgão específico singular desse ministério. Esse decreto delimita como competência do DENASUS a auditoria da “regularidade dos procedimentos técnico-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais praticados por pessoas físicas e jurídicas no SUS”. Dessa forma, propõe verificar a adequação, resolubilidade e qualidade das ações e serviços de saúde disponibilizados à população, através do estabelecimento de diretrizes, normas e procedimentos, no sentido de sistematizar e padronizar as ações de auditoria do SUS. Essas linhas de conduta buscam a interação, a integração e o desenvolvimento das ações e dos processos de auditoria, além da cooperação técnica entre as três esferas do SNA, objetivando a integração das três instâncias do SNA com outros órgãos de controle interno e externo.

Nesse decreto, a responsabilidade do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas se vinculou à “implementação das atividades de controle e avaliação, mediante acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS e as pertinentes a cada órgão ou entidade do Ministério”. Fica, ainda, sob sua tutela a deliberação de uma política de regulação do ministério, em relação às instâncias estaduais, afim de subsidiá-las, além de avaliar as atividades de regulação dos estados, Distrito Federal e municípios. Para isso, fez-se

necessário a estruturação de um cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, e sua atualização permanente.

A estrutura organizacional do DENASUS consta na Portaria 2.123 (BRASIL MS, de 7 de outubro de 2004), a qual aprova o Regimento Interno dos órgãos do Ministério da Saúde, sendo constituída por três coordenações. A primeira é a Coordenação de Sistemas de Informação. A segunda é a Coordenação-Geral de Auditoria, que se subdivide em Coordenação de Auditoria das Regiões Centro-Oeste e Norte, Coordenação de Auditoria da Região Nordeste e Coordenação de Auditoria das Regiões Sul e Sudeste. A terceira é a Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica, subdividida em Coordenação de Desenvolvimento e Coordenação de Normatização e Cooperação Técnica. Essa terceira coordenação tem a função de capacitar técnicos, integrar e estabelecer cooperação técnica entre as três esferas e com outros órgãos de controle interno e externo, e normatizar processos e procedimentos.

A última portaria ainda subordina técnica e administrativamente ao DENASUS as divisões de auditoria (DIAUD) e os serviços de auditoria (SEAUD). O SEAUD compreende as unidades correspondentes aos níveis estaduais responsáveis pelas atividades de auditoria e fiscalização no âmbito do SUS.

Atualmente, cabe ao SNA, além de propor e fiscalizar a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos, a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, de forma descentralizada, complementando, dessa maneira, as outras instâncias de controle e regulação. Nesse sentido, esse sistema tem-se ocupado de levantamentos das principais carências, do perfil de utilização das

ações e serviços, e da avaliação da estrutura, dos processos e resultados, na perspectiva de seus produtos e do impacto dos mesmos – estratégias utilizadas no intuito de adequá-los aos critérios de eficiência, eficácia, efetividade e resolubilidade das ações e serviços de saúde disponibilizados à população.

Cabe também salientar a responsabilidade desse sistema em estabelecer diretrizes, normas e procedimentos para a sistematização e padronização das ações de auditoria no SUS; o desenvolvimento, a interação e a integração das ações e procedimentos de auditoria, entre os seus três componentes, e o acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no SUS.

Algumas responsabilidades têm sido agregadas ao DENASUS. Entre elas, o desafio proposto pelo Plano Plurianual (PPA – 2004/2007), ou seja, o de promover o acesso universal e de qualidade à seguridade social. Foram, assim, priorizados alguns programas, como o de “Atenção hospitalar e ambulatorial no Sistema Único de Saúde”, com ações a serem desenvolvidas pelo DENASUS. As ações desse departamento deveriam, desse modo, vincular-se ao desenvolvimento de políticas para a implementação e aperfeiçoamento dos mecanismos de auditoria; à definição, normatização e padronização das técnicas e procedimentos relativos à auditoria; à expansão das competências do nível federal do SNA aos estados, municípios e Distrito Federal; e à definição de estratégias para a cooperação técnica e parcerias com os demais níveis de gestão do SNA e órgãos de controle interno e externo.

5.4 Metodologia das atividades de auditoria do DENASUS

A metodologia utilizada pelo DENASUS, em suas atividades de auditoria, baseia-se nas seguintes fases, a partir da demanda por um processo de auditoria:

1- Análise da demanda: essa análise se constitui num processo de caráter investigativo, no sentido de apurar as denúncias, com o objetivo de esclarecer as supostas irregularidades. Para isso, fazem-se necessárias consultas aos registros no Sistema de Auditoria (SISAUD); aos relatórios gerenciais e a indicadores de saúde e demografia do DATASUS; aos relatórios de auditorias anteriores; às normas e legislações pertinentes, de maneira a constituir subsídios para o planejamento do processo de auditoria demandado;

2- Verificação *in loco*: para se realizar essa etapa, deve-se, anteriormente, elaborar um comunicado sobre o início da auditoria, solicitando, também, documentos para a análise, comparação e aferição. Podem-se tornar necessárias a realização de entrevistas com gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS, bem como visitas a unidades de saúde. Posteriormente, requer-se uma reunião da equipe de auditoria para concluir os trabalhos de verificação;

3- A conclusão dos trabalhos deverá ser expressa através de relatório que, no prazo de dez dias úteis, deve ser encaminhado ao auditado; este, conforme a Portaria nº 01, de 12 de setembro de 2003, do Ministério da Saúde/DENASUS, terá um prazo de quinze dias para apresentação de defesa. Somente após a apresentação da defesa pode-se emitir o Relatório Final;

4- Os resultados serão encaminhados, pelo diretor do DENASUS, ao gestor do órgão auditado e a outras entidades, quando for o caso, depois de homologado o

parecer conclusivo das supervisões técnicas dos níveis local e central. Esse parecer, além do diagnóstico da situação, inclui a proposição de recomendações para que as providências cabíveis sejam tomadas. No caso de identificação de irregularidades, por ato de malversação, desvio ou não-aplicação dos recursos, o DENASUS encaminha o parecer ao Fundo Nacional de Saúde, que deverá ressarcir ao Erário os valores em questão, de acordo com o que é estabelecido no Decreto nº 4.726 (BRASIL MS, 2003b).

5.5 Manuais, relatórios de gestão e pareceres finais das auditorias realizadas: instrumentos de legitimação das ações de auditoria

Como já sinalizado acima, em 1996 (BRASIL MS, 1996), foi editado um manual que buscou regulamentar o cumprimento das normas e disposições relativas ao SUS, de maneira a orientar e legitimar as ações dos auditores. Esse manual foi reeditado em agosto de 1998 (BRASIL MS, 1998). Outros manuais de orientação técnica, específicos das diversas áreas de auditoria, foram editados a partir de 2003.

A emissão de relatórios e dos pareceres conclusivos também se constituiu como ferramenta para a legitimação das ações do SNA. O Decreto 4726, de 09 de junho de 2003 (BRASIL MS, 2003b), realça a importância dos mesmos, no sentido de oficializar o diagnóstico da situação auditada e as sugestões, recomendações e reorientações necessárias, além de instruir os processos de ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde, quanto aos valores apurados em suas atividades de auditoria.

O DENASUS tem elaborado, desde 1999, um relatório anual de gestão, como instrumento não só de análise e reorientação de suas ações, mas também de socialização de suas realizações. Observou-se que esse departamento, baseando-se no diagnóstico de 2003, além das atividades de controle, intensificou o processo de capacitação do quadro

de auditores pertencentes ao SNA e as ações de cooperação técnica junto aos gestores do SUS; concluiu, também, manuais de orientação técnica destinados a cada área de auditoria em particular.

Vale lembrar que a Portaria Conjunta nº 1.112, de 29 de setembro de 2000, implantou a parceria do Ministério Público Federal com o Ministério da Saúde, criando o Grupo de Acompanhamento e Responsabilização (GAR), com a finalidade de garantir os interesses sociais e individuais assegurados pela Constituição Federal, no que concerne ao processo de atenção à saúde do SUS.

Pouco depois, a Portaria nº 2 do DENASUS, de 10 de outubro de 2000, veio disciplinar a programação das auditorias especializadas, dando origem aos comitês coordenadores de auditoria (CCA), como o de Oncologia e o de Psiquiatria. Devido a sua qualidade de trabalho, o Comitê de Psiquiatria foi reconhecido como modelo de CCA e, pela sua inovação e criatividade em gestão pública, recebeu, em maio de 2001, o Prêmio Hélio Beltrão, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Forneceu também “as bases diagnósticas para as mudanças na política de atenção à saúde mental”. Essa ação demarcou o compromisso ético que o DENASUS passou a ter, a partir de suas ações junto ao SUS. Fez-se, então, necessário normatizar o curso direcionador para se apurar as denúncias no SUS, o que ocorreu com a publicação da Portaria MS de nº 401, de 29 de março de 2001.

A Portaria 2.209 (BRASIL MS, 2002) do Ministério da Saúde instituiu, em 04 de dezembro de 2001, o Sistema de Auditoria (SISAUD), mecanismo para a informatização do fluxo de informações pertinentes ao campo da auditoria em saúde do SUS. Essa ferramenta foi considerada a possibilidade de organização sistemática para o

acompanhamento, controle e produção das informações referentes às ações de auditoria da esfera federal do SNA, em todo o território brasileiro, como também de uma maior integração entre as três esferas do SNA, tornando-se fundamental para o desenvolvimento da auditoria em saúde no âmbito público.

5.6 O SNA: relatórios de gestão

A consolidação dos dados apurados pelas auditorias realizadas pelo SNA é apresentada nos relatórios de gestão emitidos anualmente pelo DENASUS. Esses relatórios, de certa maneira, procuram socializar e, ao mesmo tempo, regular o poder das realizações no âmbito DENASUS. Esse poder demonstra a sua efetividade, mediante os subsídios que o dispositivo auditoria oferece para o aprimoramento das ferramentas de controle e regulação das ações e serviços de saúde prestados pelo SUS, viabilizando um “aperfeiçoamento gradual e contínuo” do SNA e, conseqüentemente do SUS.

De acordo com os relatórios, as auditorias do SNA, geralmente, verificam o tipo de gestão através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) – por meio da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) –; examinam, também, os recursos materiais e financeiros dos SIA-SUS, SIH-SUS e do Piso de Atenção Básica (PAB), bem como os programas e os convênios. A partir do SIH, se apuram, ainda, as informações quanto aos pagamentos dos serviços hospitalares prestados pelo SUS.

O primeiro relatório de gestão publicado foi o de 1999. Nesse ano, o DENASUS passou a planejar suas ações a partir da “análise situacional” do SUS. Diante disso, houve um incremento nas atividades de auditoria programadas *in loco*,

bimestralmente, de caráter prospectivo e realizadas pelas unidades desconcentradas do departamento, nos estados. Nesse ano, foram elaborados vários instrumentos de orientação e avaliação, procurando adequar a metodologia de trabalho, por meio de roteiros e modelos de relatórios de auditoria das gestões municipal e estadual. Essas ações resultaram em melhoria das condições de trabalho e progresso dos processos internos das atividades de auditoria.

Houve, então, uma interrupção na elaboração dos relatórios de gestão, até 2003, quando foi escrito o relatório concernente ao ano de 2002. Nesse período, o DENASUS buscou concretizar uma metodologia específica que oferecesse sustentação aos seus processos de auditoria. Nesse mesmo ano, foi composto o Conselho de Auditores do SNA, por meio da Portaria MS nº 2.266 (BRASIL MS, 2001). Esse conselho teria a função de aperfeiçoar o modelo de gestão do SNA.

Estruturou-se, também, um roteiro, um *checklist*, padronizando o modelo de formulação e implementação do processo de auditoria, dividido em três fases: fase analítica, fase de verificação *in loco* e fase de relatoria. A fase analítica compreende a análise de documentos e informações referentes às normas e legislações pertencentes aos sistemas gerenciais, de maneira a dar sustentação às atividades de auditorias. A fase de verificação *in loco* se constitui como a verificação local do funcionamento das ações e serviços de saúde, em determinada unidade ou município, objetivando a apuração de “não conformidades” com que é prescrito. A fase de relatoria corresponde à emissão de relatório sobre a auditoria realizada; o parecer conclusivo, geralmente, demanda um tempo de duas semanas. Esse relatório tem-se traduzido em linhas de ações para as reestruturações necessárias, não somente no campo da auditoria, mas, principalmente,

para a efetivação de melhorias no processo de gestão do SUS, como nas suas ações e serviços prestados.

Em 2002, o SNA centralizou sua atenção para o acompanhamento e avaliação permanente. Foram criadas as Câmaras Técnicas de Revisão e Avaliação, designados supervisores para as divisões do DENASUS presentes nos estados, e ampliada a carga horária dos auditores. Também foram implementadas novas metodologias, como a pesquisa e estudo em relação aos temas a serem auditados, utilizados como subsídios para a fase do planejamento, além da adoção dos instrumentos como “ritos periciais”, “garantia do contraditório”, formalização dos documentos de comunicação e elaboração dos cuidados concernentes às provas documentais. Todas as conquistas mencionadas no relatório de 2002, acrescentadas à obtenção de novos equipamentos, resultaram em maior consistência nas ações de auditoria, como também na melhoria das condições de trabalho.

Os procedimentos administrativos mais importantes, no ano de 2003, também buscaram aperfeiçoar os processos de auditoria, sendo assim sintetizados: normatização das técnicas de comunicação e do trânsito de documentos entre a rede própria e terceirizada. Além disso, foram publicadas três portarias, em 04 de setembro de 2003: a primeira se referiu ao estabelecimento de prazo para a defesa do auditado; a segunda definiu as atribuições de cada nível de gerência técnica e administrativa; e a terceira tratou da instituição de grupo de trabalho para a reestruturação das normas jurídicas relacionadas ao SNA. Em 01 de outubro de 2003, a Portaria nº 4 veio instituir a Comissão Permanente de Arquivo, responsável pela organização do arquivo do DENASUS, conforme metodologia proposta pelo Ministério da Saúde, em 1996.

Nesse último ano, as principais ações gerenciais se configuraram na proposição de parcerias com a Advocacia-Geral da União (AGU), o Ministério Público Federal (MPF), a Procuradoria-Geral da República e a Controladoria-Geral da União (CGU); na articulação e no levantamento das demandas das unidades desconcentradas; e na visita técnica ao SEAUD/DIAUD de alguns estados.¹⁵ Reestruturou-se o subprojeto “Modelo de Gestão para o SNA”, entre o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação Cesgranrio. Esse projeto buscava cumprir as demandas de padronização das ações de auditoria e a construção de um banco de dados referente à legislação dessas ações.

Uma outra preocupação se vinculou à ampliação de espaço para o debate, no que diz respeito à “assistência médica nos Acordos Internacionais de Previdência Social – AIPS, a emissão dos Certificados de Direito à Assistência Médica – CDAM e o seu gerenciamento no âmbito do MS”. E, como uma maneira de diminuir o acúmulo de funções do nível central – do DENASUS –, promoveu-se a descentralização da operacionalização das ações de auditoria para os SEAUD e DIAUD. Assim, o DENASUS ficou responsável somente pelo acompanhamento e gerenciamento dessas ações. Estimulou-se uma melhor integração entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde, promovendo uma maior eficácia das ações de assistência à saúde e no repasse de recursos.

Através dos relatórios, observa-se que, em 2004, a Coordenação Geral de Auditoria (CGAUD) realizou uma Oficina de Planejamento Estratégico, envolvendo toda a direção do nível central e das unidades desconcentradas. Uma das resoluções

¹⁵ Goiás, Mato Grosso do Sul, Rio Grande do Sul, São Paulo, Paraíba e Bahia, objetivando aprimorar e integrar os mesmos com o DENASUS.

dessa oficina foi justamente a descentralização do planejamento das ações para as unidades desconcentradas. Foi elaborada a Programação Anual de Auditoria e Fiscalização (PAAF), pautada em parâmetros do DENASUS e do Plano Plurianual/2004-2007. As outras determinações giraram em torno da reestruturação dos procedimentos relativos às justificativas, como o direito de defesa e ao contraditório; agendamento de visitas técnicas às unidades desconcentradas, no sentido de aprimorar as ações de auditoria, principalmente no que tange à integração dos três componentes do SNA.

Nesse ano, também foi encaminhada à Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica (CGDNCT) do DENASUS uma proposta de capacitação para o grupo de auditores e um parecer sobre a proposta da CGDNCT para a estruturação de um acervo bibliográfico mínimo “para compor os núcleos de estudo e/ou bibliotecas das Unidades Desconcentradas”.

Foram auditados, em 2004, os 26 estados da Federação e o Distrito Federal, além das auditorias internas no Ministério da Saúde, por solicitação do Ministro da Saúde, na tentativa de esclarecer as irregularidades oriundas da “Operação Vampiro” e da Central de Transplantes de Medula Óssea do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Também foi realizada auditoria no Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (INTO), a pedido do Ministério Público Federal. Atividades de auditoria integrada e de cooperação técnica foram desenvolvidas com as esferas do SNA.¹⁶ Foi implantado o AUDITASUS, programa específico do SISAUD, para monitorar as ações de alta complexidade,

¹⁶ Nos municípios de Vitória da Conquista e Itabuna, no Estado da Bahia, e no Estado do Paraná.

através da instrumentalização das equipes para os procedimentos no âmbito da auditoria.

A partir de janeiro de 2004, a fiscalização foi introduzida no elenco de atividades de controle do DENASUS que, através de novos métodos e técnicas, buscou a agilização dos resultados e o atendimento de ações emergenciais. Nessa perspectiva, o DENASUS, órgão de controle interno do Ministério da Saúde, passa a contemplar as atividades de auditoria, fiscalização, visita técnica e perícia, de forma direta, de maneira integrada às demais esferas do SNA e compartilhada com outros órgãos de controle. A Portaria nº 68 da Controladoria Geral da União (CGU), datada de 23 de março de 2004, é um exemplo dessa integração, ao definir a parceira das ações de fiscalização do Ministério da Saúde/DENASUS com a CGU, a partir de sorteios públicos relativos à época e localidade. Os outros órgãos de controle interno e externo com os quais foram estabelecidas parcerias foram os ministérios públicos federal e estaduais, e o Tribunal de Contas da União.

O início das ações em parceria com a CGU se deu a partir da análise dos relatórios oriundos das ações de fiscalização da CGU, em 157 municípios, definidos nos sete primeiros sorteios pelos auditores do DENASUS. Do oitavo sorteio público em diante, o DENASUS participou diretamente das ações da CGU, elaborando protocolos, roteiros e rotinas, de maneira a padronizar os procedimentos conjuntos desses dois órgãos.

Quanto à disponibilização das informações concernentes ao DENASUS, a Coordenação de Sistemas de Informações (COSIN) implantou a página do SNA na

Internet, em agosto de 2004.¹⁷ Essa página apresenta as atividades do departamento; socializa os resultados das atividades de auditoria, incluindo as auditorias anteriores ao ano de 2002, ampliando a perspectiva de um melhor controle social; proporciona um espaço reservado para informações atualizadas *on-line*; oferece um sistema de cadastramento de usuários; e presta serviços que visam a facilitar o trabalho do auditor de saúde no âmbito do SNA. Conclui-se, então, que essa página tem viabilizado a otimização das ações gerenciais e a democratização das informações específicas dos processos de auditoria do SUS, com um registro médio de 860 acessos diários, com 120 mil visitas registradas no ano de 2004, desde o lançamento da página.

Desenvolveu-se, ainda, um aplicativo para o cadastro do usuário e da legislação relativa ao SUS, de modo que a mesma possa ser utilizada pelos três componentes do SNA, além de um programa que permite o registro e emissão do Certificado de Direito à Assistência Médica (CDAM), no âmbito dos Acordos Internacionais de Previdência Social, através do *site*. Esse programa permite um monitoramento efetivo dos certificados emitidos em qualquer parte do país. Outros programas, em fase de validação, são os geradores de relatório analítico de internação hospitalar e de relatório de alta complexidade ambulatorial; eles agilizarão a coleta de dados em uma auditoria e a análise dos mesmos. Um outro avanço foi a disponibilização do SISAUD, no nível estadual do SNA, implementado na Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

A reestruturação organizacional do DENASUS, pela Portaria nº 2.123/GM/MS, assinalou a necessidade de transformações nas funções e processos do DENASUS. Essa

¹⁷ Ver <<http://sna.saude.gov.br>>.

reestruturação pretendia viabilizar a proximidade do órgão às abordagens atuais no campo da gestão e da auditoria.

De acordo com o relatório, o grande desafio do DENASUS, para o ano de 2005, seria o de melhorar a integração entre os componentes estaduais e municipais de auditoria, consolidar as parcerias já desenvolvidas e constituir uma nova política de avaliação, auditoria, controle e regulação que acompanhe efetivamente as ações construídas, com base em um processo de atenção à saúde da população. Desafio que, segundo o relatório de 2005, foi cumprido, com a organização do seminário “SNA: integração como base para o fortalecimento”, que buscou construir e efetivar uma nova política de avaliação, auditoria, controle e regulação das ações e serviços, visando à melhoria do modelo de atenção à saúde e o fortalecimento do controle social. Nesse seminário, o DENASUS pretendia estimular a participação da força de trabalho das três esferas do sistema, no sentido de viabilizar a integração das ações desses componentes. Todos os movimentos acima mencionados, relacionados ao DENASUS, procuram dar sustentação às avaliações referentes à gestão do SUS, às mudanças necessárias e às ações preventivas.

O DENASUS participou, com outras instâncias do Ministério da Saúde e do SUS, de várias ações, como: a preparação do Projeto de Lei da Responsabilidade Sanitária, do regulamento do SUS (REGULASUS) e do MULTIPLICASUS; a Assessoria Técnica às Secretarias Municipais de Saúde da Baixada Fluminense; a estruturação da Comissão de Orçamento e Finanças (COFIN), do Conselho Nacional de Saúde, grupo de trabalho responsável pelo monitoramento dos recursos do SUS; e ainda como integrante do comitê técnico de elaboração do projeto de lei complementar sobre

a criação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e sobre a Emenda Constitucional 29 (BRASIL SF, 2000).

Esse departamento coordenou, ainda, um grupo de trabalho com a função de acompanhar as ações de controle recomendadas pela CGU; os comitês técnicos da Saúde da População Negra e os de Saúde da População Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais; os grupos de apoio à Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão da Rede Sarah e de Trabalho do Ministério da Saúde, buscando agilizar o atendimento adequado às ações de fiscalização da CGU – desenvolvidas em parceria com o DENASUS. Organizou o Fórum de Descentralização e participou da Política Nacional de Humanização (HUMANIZASUS), do Conselho Editorial do Ministério da Saúde (CONED), da Comissão Especial e Permanente de Auditoria Interna no Ministério da Saúde; do Colegiado de discussão sobre a reestruturação dos núcleos estaduais do Ministério da Saúde; das palestras sobre o Sistema Nacional de Auditoria no SUS, em Oficina de Trabalho, no Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde, realizado em Cuiabá/Mato Grosso; e do 6º Encontro de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Ceará.

O planejamento passou a ser a principal ferramenta de gestão adotada pelo DENASUS. A partir dos resultados das atividades de auditoria promovidas pelo DENASUS, em 2004, do diagnóstico da força de trabalho desse departamento, e das diretrizes do Plano Plurianual de 2004-2007, foi estruturado um Plano Anual de Atividades (PPA). Baseando-se na Portaria nº 24, do Ministério da Saúde, de 20 de dezembro de 2004, foram definidos os procedimentos de apresentação de justificativas nos processos de auditoria e fiscalização, garantido, assim, o direito de defesa; e a

constituição de alguns grupos de trabalho e comissões internas, no sentido de desenvolver trabalhos e/ou atividades em outros setores do Ministério.

O DENASUS tem procurado transferir a sua responsabilidade quanto às atividades de emissão dos Certificados de Direito à Assistência Médica (CDAM), que dá direito à assistência previdenciária e médica, aos brasileiros residentes ou que se deslocam para os países com os quais o Brasil assinou acordos (Argentina, Cabo Verde, Espanha, Grécia, Chile, Itália, Luxemburgo, Uruguai, Portugal), e aos segurados estrangeiros oriundos desses países, residentes ou em trânsito pelo Brasil, desde que as partes cubram as despesas decorrentes do atendimento médico e previdenciário – Direito garantido por Acordos Internacionais de Assistência Previdenciária.

Em 2005, o DENASUS continuou a priorizar as ações de controle, verificando a eficácia e eficiência da assistência prestada pelo SUS, principalmente aquelas relacionadas ao sistema de carta ao usuário. O departamento verificou, em 2005, que a conformidade à programação aprovada correspondeu a 24,52% do valor repassado a estados e municípios, o que representou um acréscimo de 73% em relação ao valor auditado em 2004.

Através do relatório de gestão concernente ao ano de 2005, o DENASUS, visando ao fortalecimento do SNA, publicou as seguintes orientações técnicas e manuais, elaborados a partir de 2003, com o objetivo de proporcionar o desenvolvimento das atividades de auditoria: orientações técnicas sobre aplicação de glosas em auditoria no SUS; Orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS; Orientações técnicas sobre auditoria na assistência ambulatorial e hospitalar do SUS. Outros ficaram em fase de editoração ou conclusão: Manual de Sistemas de

Informações para utilização em auditoria no SUS; Orientações técnicas sobre auditoria na atenção básica no SUS; Orientações técnicas para auditoria na gestão dos recursos financeiros do SUS.

Retratar o processo de construção desse sistema, a partir de documentos elaborados até final de 2005, possibilitou evidenciar que a atividade de auditoria implica não apenas o fornecimento de subsídios para gestão em saúde, mas também a responsabilização (*accountability*) dos gestores pelos atos administrativos. Logo, auditoria em saúde envolve não apenas as dimensões administrativa, organizacional e técnica, mas também ética, política e social.

A auditoria em saúde do SNA, como mecanismo de controle interno do Ministério da Saúde, vem cumprindo, hoje, a função de controlar e fiscalizar as ações e não conformidades do SUS. Dessa forma, o SNA, ao socializar as informações sobre as suas ações, através da elaboração anual dos seus relatórios de gestão, de certa maneira, se constitui como uma ferramenta que viabiliza a transparência e avaliação das mesmas.

5.7 Algumas considerações

A partir da análise dos documentos, observa-se um movimento contínuo no sentido de aprimorar as ações desenvolvidas pelo SNA. Esse aprimoramento tem origem nas revisões, readequações e no estabelecimento de prioridades. No entanto, dificuldades se fazem presentes, como a carência de equipamentos e materiais permanentes, além da redução orçamentária para a aquisição dos mesmos. Todas essas dificuldades, associadas à insuficiência da força de trabalho, que exerce a função de auditor sem possuir o cargo, sustentada apenas por uma portaria ministerial, têm influência direta nos resultados dos trabalhos dos auditores. Acrescenta-se, ainda, a

inadequação do espaço físico, no DENASUS e em alguns SEAUD, para o exercício das ações de controle; a limitação do acesso aos bancos de dados (SIAFI, SICAD, SISPP, SIREP, SIOPS, entre outros); e a não-disponibilização de *software* original, como também a sobrecarga da esfera federal, que absorve as auditorias que deveriam ser realizadas na esfera estadual, contrariando a determinação da Portaria GM/MS nº 401 (BRASIL MS, 2003a).

A análise documental também nos induziu a compreender que as mudanças relacionadas ao SNA visam ao aperfeiçoamento e à sistematização do controle referente à estrutura, aos processos e aos resultados no âmbito do SUS, demonstrando que a avaliação da qualidade, no processo de atenção à saúde do SUS, tem se estabelecido como “norte” para a construção e manutenção desse sistema. Como um mecanismo de controle técnico e financeiro, o SNA está sob competência do SUS, em cooperação com os estados, Distrito Federal e municípios. Passados doze anos da instituição do SNA, dez anos de sua regulamentação, é ainda possível visualizar algumas dificuldades estruturais; entre elas, destaca-se a necessidade de um melhor conhecimento do funcionamento desse sistema e das estratégias adotadas para compor a equipe de auditores em saúde.

Evidenciaram-se, nesta análise, características da estrutura burocrática weberiana, no âmbito do SNA que, para garantir o cumprimento de seus princípios orientadores, publica manuais e outros documentos técnicos nos quais estabelece normas e regulamentos. Descreve, formalmente, as regras e procedimentos vinculados ao seu funcionamento e ao SUS, possibilitando o norteamento e a coordenação, continuidade e isenção de suas ações, em conformidade com o SUS. Suas rotinas e

procedimentos, entre outras, delegam as ações específicas a cada nível desse sistema, facilitando a avaliação de desempenho de cada um. As normas, regulamentos, rotinas e procedimentos assumem o modelo formal de comunicação e se configuram como uma estratégia fundamental para o direcionamento e o controle do SUS.

Visualizou-se um SNA como uma ferramenta de controle viabilizadora de melhorias no SUS, buscando fortalecer a sua consolidação como uma política de Estado. Na tentativa de fortalecer essa consolidação, foi publicada a Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 (BRASIL MS, 2006), além de aprovar as diretrizes operacionais desse pacto. Dessa forma, o SNA tem procurado formular e implementar novas ações, de maneira a retomar e revigorar as ações já implementadas através dos pactos em defesa do SUS, da gestão e pela vida.

Embora com um longo caminho a percorrer e vários desafios a enfrentar, o SNA precisa ultrapassar o modelo histórico de controle interno vigente no Brasil, extremamente formal e centrado no emprego dos recursos financeiros. Seus maiores desafios podem ser assim sintetizados: 1) reconhecimento da sua força de trabalho; 2) aperfeiçoamento do seu princípio descentralizador e das políticas intersetoriais, através da adoção de metodologias mais eficazes, no sentido de buscar uma melhor integração entre as três esferas e a adequação das parcerias com órgãos internos e externos ao Ministério da Saúde; 3) um efetivo controle social. A integração desses três desafios delineará características menos racionalizadoras nas normas, regulamentos, rotinas e procedimentos, viabilizando a otimização e resolutividade das ações do SNA.

CAPÍTULO 6 – A FORÇA DE TRABALHO DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA: AVANÇOS E DESAFIOS NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Este capítulo analisa as questões referentes à força de trabalho do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com o seu perfil, suas conquistas, o enfrentamento de dificuldades, perspectivas no seu exercício profissional e a inexistência do cargo de auditor em saúde. Para abordar essas questões, realizou-se análise documental sobre a trajetória da constituição dessa força; enviaram-se questionários estruturados para os 71 responsáveis técnicos pelas equipes de auditoria das três esferas (federal, estadual e municipal) do SNA (Anexo III); realizaram-se grupos focais (Anexo I) com as equipes de auditoria das três esferas atuando no município investigado; os auditores que integravam essas equipes também responderam a questionários (Anexo II).

Buscou-se, também, compreender o SNA como autoridade de domínio legal – um verdadeiro arquétipo –, conforme concepção weberiana. Cabe realçar que o modelo burocrático tem regido a relação estabelecida entre o SNA e seus funcionários, pois, além da característica racionalizadora que tem emoldurado a estruturação e operacionalização desse sistema, também se torna fundamental para aqueles que vêm lutando pelo processo de profissionalização da auditoria em saúde. Esse processo segue as características associadas ao modelo profissional racionalizador.

Quanto aos 71 questionários enviados aos responsáveis técnicos, assinalo que conforme consta no Capítulo 2, devido ao reduzido número de questionários retornados, as tabelas aqui apresentadas, que teriam a função de delinear o perfil da força de trabalho do SNA, cumprem agora uma função ilustrativa.

6.1 A constituição da força de trabalho do SNA

Inicialmente, a força de trabalho do SNA foi composta, conforme determinação da Lei 8689 (BRASIL MS 1993), que torna extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e determina que os cargos e funções relativos às ações de auditoria desse instituto estariam mantidos e seriam absorvidos pelo Sistema Nacional de Auditoria. Posteriormente, a Portaria 402, de 2001, determinou a organização de sua força de trabalho, que seria integrada por servidores lotados e em exercício no DENASUS e nas Divisões e Serviços de Auditoria dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde. Esse grupo de servidores foi dividido em três, de acordo com as atividades exercidas.

O primeiro grupo ficou responsável pelas atividades gerais de auditoria, como a verificação da regularidade dos procedimentos contábeis, financeiros, patrimoniais e técnico-científicos, no âmbito do SUS, a partir da adequação, qualidade e resolubilidade das ações e serviços de saúde ofertados à população. Esse grupo teve a maioria de seus integrantes alocados na região Nordeste, e a minoria nas regiões Norte e Centro-Oeste.

Esse menor número de integrantes, nessas últimas regiões, também se configurou no grupo II. A competência desse grupo se associava às atividades especiais de auditoria, como aquelas de natureza pericial, e também à instrução de servidores que integram os grupos I e III; a coordenação das Câmaras Técnicas de Qualidade e dos Comitês de Especialidade e de Instrução; a participação em corregedorias e em diligências especiais que exijam conhecimentos de maior abrangência e complexidade.

As atividades de suporte de auditoria ficaram a cargo do grupo III – dar suporte aos auditores que integram as atividades gerais e especiais de auditoria, no

planejamento, atividades finalísticas, como a operação de sistemas; processamento das informações; e subsídios à direção, com informações, gerenciais e/ou analíticas, de caráter estratégico.

Atualmente, a esse quadro foram incorporados servidores do DENASUS. A análise dos questionários mostrou que as equipes de auditores, nas três esferas do SNA, tanto no âmbito nacional quanto no município estudado, eram compostas com números diferenciados de integrantes, conforme Tabela 1. Nessa tabela evidencia-se que a esfera municipal é a que possui o menor número de integrantes nas equipes de auditoria. Um dos auditores da esfera municipal, durante o grupo focal, demarcou da seguinte maneira esse aspecto:

“além do pequeno número de pessoas, a nossa auditoria no nível municipal... estamos em uma fase muito inicial... tem a questão da gente trabalhar praticamente sozinho... a gente não trabalha em equipe... ficamos preocupados em cumprir regulamentos e não conseguimos avançar nas nossas ações... nesses momentos, me sinto um servidor público.” (auditor da esfera municipal no município X).

Esse depoimento retrata a limitação dessa prática, em razão, principalmente, do pequeno número de auditores. Além de realçar as disfunções do modelo burocrático vigente, quanto à submissão às normas e regulamentos e ao comando hierárquico, o que inviabiliza a adequação a circunstâncias inesperadas e o trabalho em equipe. E, aproxima o auditor da sua identidade de servidor público submetido a rotinas prescritas por uma estrutura “engessada”.

TABELA 1 – Número de auditores que compõem a equipe de auditoria do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Esferas	0 a 5 Integrantes		5 a 10 Integrantes		10 a 20 Integrantes		Acima de 20 Integrantes	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	1	11%	3	33%	3	33%	2	22%
ESTADUAL	0	-	3	23%	5	38%	5	38%
MUNICIPAL	2	25%	1	13%	2	25%	3	38%
Total	2	7%	7	24%	10	34%	10	34%

6.1.1 O perfil etário das equipes

O total aproximado de integrantes das trinta equipes, cujos responsáveis técnicos responderam ao questionário, é de 580. Acrescenta-se que esse número é variável entre as equipes. Variação que também ocorre em relação à faixa etária (Tabela 2).

Verifica-se, entre os integrantes das equipes que possibilitaram a investigação, tanto em nível nacional quanto, especificamente, no município estudado, uma maior concentração etária na faixa de 41 a 50 anos. Esse dado coincide com aqueles encontrados no estudo Preger, Berger, Fonte, *et al* (2005), referente aos auditores médicos do estado do Rio Grande do Sul, participantes do Curso de Auditoria da UNIMED. Nessa pesquisa, realizada em duas cidades desse estado, a maior procura pelo curso pertencia ao grupo cuja faixa etária situava-se entre 41 a 50 anos (em torno de 38,03%), sendo que a faixa de 51 a 60 anos corresponde a 29,58%. Não foi constatada demanda, para esse curso, por parte de médicos com menos de 30 anos de idade – dado que se assemelha ao verificado junto ao grupo do SNA, que não possui auditores nessa faixa etária. Excluindo-se essa última faixa, na pesquisa feita com

médicos auditores, observa-se uma menor porcentagem de integrantes acima de 60 anos (8,45%), resultado que também se aproxima da nossa pesquisa.

TABELA 2 – Distribuição da variável faixa etária nas equipes de auditoria do SNA, em valores absolutos e percentuais, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Faixa Etária	DENASUS		ESTADUAL		MUNICIPAL		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
31 a 40 anos	6	6%	51	16%	10	6%	67	12%
41 a 50 anos	62	59%	176	56%	120	75%	358	62%
51 a 60 anos	37	35%	63	20%	30	19%	130	22%
Acima 60	0	0%	25	8%	0	0%	25	4%
Total	105	100%	315	100%	160	100%	580	100%

6.1.2 A área de graduação e a multiprofissionalidade no SNA

A maior presença da faixa etária acima de 40 anos parece demonstrar que um dos requisitos para o exercício da auditoria se relaciona à experiência profissional. De acordo com a percepção dos auditores:

“acho que quase todos nós auditores temos mais de 40 anos... na nossa área, é preciso ter experiência não só de auditoria como também dos serviços de saúde, do SUS, e porque não do Ministério da Saúde... não pode ser recém-formado ou com pouco tempo de trabalho... principalmente nós da saúde, que, na graduação, não temos formação em administração... Também acho fundamental uma equipe que tenha as diversas áreas profissionais da saúde, contadores, administradores, advogados, etc. (auditor da esfera federal no município X).”

Esse relato assinala possibilidades de uma formação, que deixa a desejar, do profissional do campo da saúde. Situação que parece repercutir na organização dos serviços de saúde, pois concepções básicas para a administração de serviços, como vigilância sanitária, direitos e deveres do cidadão, além de princípios da administração

pública podem viabilizar conhecimentos e ações mais ampliadas no campo da saúde, além de criar perspectivas para que os profissionais da saúde tornem-se sujeitos de ações transformadoras que, em sua totalidade, podem abrir possibilidades para se superar a fragmentação e a impessoalidade das ações baseadas no ideal weberiano.

Observou-se, através da análise dos questionários, que as equipes são compostas por profissionais com graduação, predominantemente, na área biomédica. Conforme se observa na Tabela 3, do total de 580 auditores distribuídos nas três esferas que compõem o SNA, no nível nacional, 393 têm a sua graduação na área biomédica. Esse resultado foi verificado, também, nas esferas federal e estadual, entre os participantes do grupo focal.

**TABELA 3 – Área de graduação dos auditores do SNA,
nas três esferas das capitais investigadas, 2006**

Áreas	DENASUS		ESTADUAL		MUNICIPAL		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Biomédicas	45	43%	217	69%	131	82%	393	68%
Exatas	25	24%	29	9%	2	1%	56	10%
Humanas, Jornalismo e Letras	12	11%	42	13%	18	11%	72	12%
Outros	23	22%	27	9%	9	6%	59	10%
Total	105	100%	315	100%	160	100%	580	100%

Houve, entre os entrevistados, várias considerações com significativa ênfase na importância da multiprofissionalidade nas equipes, no sentido de respaldar, legitimar e conferir credibilidade ao conhecimento e à prática em auditoria:

“Na auditoria, você tem que ter uma visão do macro... ela tem muito de conhecimento específico de cada área, [...] mas a metodologia toda,

ela é bem comum a todas as áreas... quando se fala em auditoria... geralmente pensa na área contábil só [...] e nós conseguimos com diversos profissionais, quer seja de nível superior, quer seja de nível médio... é que tenha um conhecimento muito bom e a técnica também... assim, nós nos tornamos especialistas na saúde, na área de verificar, de avaliar, quer seja a parte qualitativa, quer seja a parte de recursos, quer seja a parte de engenharia, quer seja a parte assistencial e médica...”. (auditor da esfera federal no município X).

“Outro dia estávamos avaliando como é peculiar a atividade de você estar auditando... as exigências em termos do que é necessário saber nisso são muitas; isso mostra a importância de uma associação de várias áreas, como contador, advogado, engenheiro, farmacêutico, enfermeiro, dentista, médico, gente da informática e outros mais. A discussão era sobre a responsabilidade; então, para que haja propriedade no que nós fazemos, é muito importante que tenha todas essas áreas. (auditor da esfera federal no município X).

De modo a que cada área de formação não ficasse responsável pela abordagem pertinente ao seu campo de saber, os auditores assinalaram que as diversas áreas profissionais deveriam constituir o arcabouço técnico e teórico da auditoria, com uma base comum de conhecimento e, simultaneamente, contemplando a especificidade de cada uma. Esse desejo de integração de áreas sugere tentativas de enfrentar a complexidade do campo da auditoria, propondo novas práticas, entre elas, a abordagem do processo de atenção à saúde como um todo. Essa proposta contrapõe-se às ações isoladas que, geralmente, não conseguem corresponder às necessárias transformações no campo da saúde.

Essas percepções críticas, por parte dos entrevistados, vão ao encontro das perspectivas de Almeida e Mishima (2001) sobre multiprofissionalidade – “atuação conjunta de várias categorias profissionais” –, como também de Brito, Siqueira e Marteleto (1999), que as sinalizam como possibilidades de troca de experiências, saberes e de práticas integradas. Portanto, esses diversos “olhares” profissionais constituem uma das maneiras de se privilegiar abordagens mais amplas. Esse

imaginário de integração das ações e dos conhecimentos indica, ainda, o respeito pela especificidade de cada área, seus limites e potencialidades diante de diversidades das mais variadas ordens.

A importância da multiprofissionalidade também é enfatizada na esfera municipal, apesar de ser regida por uma norma que só permite a participação de enfermeiros e médicos nas equipes de auditoria:

“entre as mudanças, sabemos que deveria ser condição para a prática da auditoria ter uma equipe com pessoas com diversas formações, como advogado, médico, enfermeiro, bioquímico, dentista, assistente social, psicólogo, etc. Precisamos desse respaldo para que não fiquemos tão expostos à tempestiva da lei e também possamos estar correspondendo ao nosso objetivo de melhorar o SUS...”. (auditor da esfera estadual no município X).

A nossa equipe não é assim, mas a auditoria deveria ter pessoal da enfermagem, dentista, bioquímico, fisioterapeuta, assistente social, porque, hoje, a gente trabalha no caso de saúde mental, a gente faz auditoria na saúde mental [...] o advogado é para dar a formatação daquela coisinha lá. [...] Se tivesse um assessor jurídico, a gente não teria problema.

A necessidade expressa nessas colocações está ligada, principalmente, à busca pela legitimação da ação de auditoria e à construção de um traço de identidade para as diversas áreas profissionais – desafio maior a ser vencido para auditar as atividades do SUS. Reconhece-se a multiprofissionalidade, no SNA, como estratégia para melhores articulações com o complexo campo da saúde – e para a consecução de avanços para esse sistema e para o SUS. Assim, haveria uma integração dos princípios da eficácia, da eficiência e da efetividade; integração capaz de imprimir resolubilidade e otimização às ações das equipes do SNA.

6.1.3 O gênero e a remuneração na equipe de auditoria

Quanto às relações de gênero (Tabela 4), verificou-se um equilíbrio nas equipes de auditores, nas três esferas do SNA, enquanto, na pesquisa de Preger, Berger, Fonte *et al* (2005), a preponderância dos alunos do curso de especialização em auditoria era do sexo masculino, num total de 83,82%; situação, que segundo os autores, não representa a perceptível tendência do sexo feminino no “contexto médico profissional”. Na literatura, observa-se uma escassez de estudos relacionando gênero e profissionais que atuam no campo da saúde. Na psicologia, Castro e Yamamoto (1998) verificaram uma proporção mais favorável de mulheres nesse exercício. O número limitado de estudos é questionado por Diniz (2003), que alerta quanto à importância dos estudos de gênero para se conceber a divisão social do trabalho, pois, para a autora, as definições das posições que o masculino e o feminino ocupam na situação de trabalho têm uma relação mais próxima com as preferências socioculturais do que com a natureza do gênero. Ferreti (1976), citado por Castro e Yamamoto (1998), apontam que as carreiras masculinas apresentam melhores remuneração e prestígio, e que as expectativas femininas em relação as suas possibilidades na carreira são menores.

TABELA 4 – Distribuição de gênero nas equipes de auditoria do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

	DENASUS		ESTADUAL		MUNICIPAL		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Total	53	50%	52	50%	157	50%	158	50%
					80	50%	80	50%
							290	100%
							290	100%

A remuneração dos auditores, evidenciada na Tabela 5, aponta maior frequência relativa percentual para a faixa de R\$ 1.000,01 à R\$ 3.000,00, nas três

esferas, com 8 horas diárias de trabalho. Na esfera federal, o único auditor da amostra estudada que tem remuneração acima de R\$ 3.000,00 está próximo da sua aposentadoria. Os componentes das equipes das esferas estadual e municipal que possuem salários acima de R\$ 3.000,00 são aqueles que já conquistaram o cargo de auditor em saúde. Na esfera federal, o auditor com salário inferior a R\$ 1.000,00 – único auditor com cargo de Auxiliar Administrativo (nível de Ensino Médio; antigo 2º Grau), atualmente, possui curso superior completo em Ciências Contábeis. Na esfera estadual, encontrou-se também um auditor com valor salarial semelhante. Segundo os auditores, esse salário se deve ao fato de esses profissionais terem menos de cinco anos como servidor do Estado. No entanto, um dos entrevistados ressalta:

“Eu acho que um dos maiores impedimentos é a dedicação do profissional mesmo, porque este salário de novecentos e sessenta reais, que é o meu, é meio difícil a gente se dedicar mais às ações de auditoria que ela requer, por uma questão de sobrevivência. Sei que tenho menos de cinco anos no Estado... Mas acho que merecemos ganhar mais... Ainda mais a gente que trabalha no nível central... depende, muitas vezes, de você deslocar daqui para fazer as auditorias nos municípios. E eu acho que... é a questão do compromisso, e da dedicação, a gente faz aquilo o que é possível, no limite que a gente dá conta...” (auditor da esfera estadual no município X).

Os auditores do SNA, como funcionários públicos, são assalariados. E, por estarem inseridos em um processo de estruturação e operacionalização da auditoria em saúde, fez-se necessário reger a sua ação em um modelo racionalizador, submetendo os auditores às suas normas e controle, situação que pode comprometer a autonomia profissional, além de comprometer a concepção de profissão. Principalmente, diante de um campo ainda em construção, que busca não somente ser consolidado, mas também, reconhecido.

O assalariamento é uma das características do modelo burocrático, no qual cada funcionário é um profissional, devendo receber salários específicos à sua ocupação. Esse modelo não admite pagamentos por parte dos clientes, como forma de garantir a submissão dos funcionários às normas institucionais. O salário, geralmente, é a única ou principal fonte de renda do funcionário, é o seu meio de sobrevivência. Um participante de um dos grupos focais sinaliza da seguinte maneira a questão salarial que envolve o seu exercício profissional:

“na situação atual, o salário não permite que a gente seja exclusivo, nossa senhora!!! Não tem nem como a gente sobreviver... E, ainda temos muita dificuldade com transporte. Teve uma fase que nós passamos um tempo sem viajar, porque não tinha carro, diária, às vezes, tem atraso de diária, é difícil ter, mas às vezes tem, a diária é deste tamanhinho, a gente tem que chegar no município, a gente tem que ficar mendigando diária baixa em hotéis, a gente tem que mendigar, a verdade é esta, e como a gente não tem nenhum tipo de treinamento, eu acho que o nosso trabalho nós desenvolvemos ele mais baseado na nossa boa vontade e colaboração de um com o outro...” (auditor da esfera estadual no município X).

TABELA 5 – Remuneração nas equipes de auditoria do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Faixa Salarial	DENASUS		ESTADUAL		MUNICIPAL		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
até R\$ 1000,00	1	11%	1	8%	0	0%	2	7%
de R\$ 1000,01 até R\$ 3.000,00	7	78%	9	69%	4	57%	20	67%
acima de R\$ 3000,00	1	11%	2	15%	3	43%	6	20%
Não respondeu	0	0%	1	8%	0	0%	2	7%
Total	9	100%	13	100%	7	100%	30	100%

A insatisfação com as condições do exercício profissional e com a remuneração se aproxima dos resultados encontrados na pesquisa de Preger, Berger,

Fonte *et al* (2005), em que a insatisfação dos médicos auditores das autarquias e serviços públicos é maior do que a expressa pelos que atuam em instituições privadas.

Isso é confirmado por um auditor que participou do grupo focal:

”vejo também na questão da remuneração e valorização que aí fora, na iniciativa privada, um auditor deve estar custando em torno de cem, cento e vinte reais/hora, com todas as despesas pagas, hotel cinco estrelas e tudo mais; então, não teríamos uma auditoria tão bem feita ou perto do que seria o ideal a um custo tão insignificante...” ...”
(auditor da esfera federal no município X).

Esse auditor revela que a insatisfação não está associada apenas aos baixos reajustes salariais do servidor público, quando comparados aos índices de inflação nacional, conforme preconizam Preger, Berger, Fonte *et al* (2005), mas, também às melhores condições de trabalho apresentadas pelo setor privado. No entanto, os autores realçam que, no estudo realizado por eles, nenhum dos médicos se mostrou muito satisfeito com sua remuneração. No caso do SNA, os baixos salários, associados às más condições de trabalho, segundo um integrante do grupo focal, têm contaminado as relações de poder entre auditores e auditados, pois, “que valor tem um auditor que aceita trabalhar e sobreviver nessas condições, para um auditado... a nossa credibilidade fica comprometida..., às vezes, percebemos essa crítica no ar...”.

Assim, averiguou-se que os auditores têm vivenciado situações-limite, como Machado (1996) constatou, também, em seu estudo acerca do trabalho médico, principalmente, no âmbito público, no qual se convive com salários e condições de trabalho inadequadas. Acrescente-se a isso a percepção de um auditor de que sua atividade é pouco valorizada, quando não se vê a concretização da vontade desses trabalhadores, que é a implementação do cargo de auditor.

Algumas estratégias, como gratificações ou cumprimento de metas, foram evidenciadas através de documentos e/ou grupos focais. A primeira proposta de gratificação se deu a partir da Medida Provisória, concomitante à Portaria nº 1.069/99, que dispunha “sobre a reorganização do SNA, sobre o Sistema Nacional de Controle e Avaliação – SNCA” e criava “Gratificações de Desempenho de Auditoria e de Controle e Avaliação no âmbito do Ministério da Saúde”, entre outras providências. Contudo, após várias revisões técnicas interministeriais, essa medida, que buscou garantir o benefício da gratificação para todos os servidores à frente das atividades de auditoria, ainda não foi publicada.

A estratégia do cumprimento de metas foi apresentada pelos responsáveis técnicos, que aceitaram negociar a carga horária de 40 horas, desde que fossem realizadas tarefas pelo auditor em seu domicílio, e que esse cumprisse uma meta previamente estabelecida. Estratégia também utilizada em outros componentes do SNA, conforme Tabela 6:

TABELA 6 – Distribuição da carga horária de trabalho das equipes de auditores do SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Esferas	Turnos		Cumprimento de Metas		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	9	100%	0	0%	9	100%
ESTADUAL	11	85%	2	15%	13	100%
MUNICIPAL	5	63%	3	38%	8	100%
Total	25	81%	5	19%	30	100%

De acordo com a Tabela 6, todos os nove integrantes da esfera federal que responderam ao questionário enviado mantêm a estrutura de turno de oito horas diárias

para seus auditores. Os técnicos das esferas municipais são os que mais utilizam o recurso de trabalhar visando ao estabelecimento de meta. Esse tipo de estratégia foi um acordo estabelecido entre alguns responsáveis técnicos e seus auditores, como uma maneira de aliviar a complexa relação e as más condições de trabalho/sobrecarga/baixos salários. No entanto, alguns auditores, nos grupos focais, ressaltaram as dificuldades enfrentadas pelos seus responsáveis técnicos:

“temos todas as dificuldades... mas hoje... temos pena da nossa coordenadora; é muita exigência em cima dela... nós exigimos... os supervisores dela exigem... e que condição ela tem de trabalho... praticamente nenhuma... enxergamos a luta dela... isso nos anima a continuar na luta... pois, sabemos que ela é competente e quer trabalhar... E em outros locais que sabemos que o único peso para o cargo de coordenação é o político... ou utilizam a questão da “super-especialização”, agora é a moda... a pessoa entra sem ter a menor noção do serviço e muito menos do todo, para ocupar um cargo apenas por ser “super”... ao invés de concurso...” (auditor da esfera estadual no município X).

“É muito complicado, e eu tenho muita dó de quem está lá no papel de diretor, porque você quer, você exigir, você não tem moeda de troca, você não tem condições com os seus funcionários. Então é uma coisa muito complicada e a gente está lidando com assuntos muito sérios, tem que abordar aqui, mas nós já abordamos a questão da delicadeza de onde a gente mexe, e mexe com muita gente, mexe com muitos interesses. E você, às vezes, em determinada altura do campeonato, precisa tomar algumas posições que não são das melhores e são muitos frágeis em todos os níveis... imagina como fica isso para o diretor...”. (auditor da esfera federal no município X).

Quanto ao ideal weberiano – mais elevado o cargo, maior o salário e, obviamente, o poder –, evidenciou-se um distanciamento, ao se verificar, em nossa pesquisa, que o tempo de serviço tem um peso maior que a escala hierárquica, vindo à tona, inclusive, que ainda permanecem os critérios particularistas para se integrar uma equipe de auditoria e, principalmente, para assumir a posição de responsável técnico. Alguns auditores enfatizam que houve avanços recentemente, como o critério da

titulação, mas que, ao desvinculá-la da experiência, compromete-se uma operacionalização adequada. Asseguram que apenas a titulação não garante capacidade e competência para tal e, quando se depara com o que eles denominam de “super-especialização”, corre-se o risco de não se conseguir analisar o todo, dificultando uma administração apropriada. Essa situação distancia-se do propósito weberiano de que os ocupantes de posições no topo devem ser, antes de tudo, generalistas e, à medida que se caminha para a base da pirâmide é que aumenta a especialização. Mais adiante, trabalhar-se-á a variável “formação” e ampliar-se-á esse tipo de discussão. A importância do superior em um sistema de base piramidal, como o SNA ou qualquer instituição de natureza burocrática, é inegável, pois ele, teoricamente, é o responsável pela nomeação, promoção ou demissão dos seus subordinados.

6.2 A forma de admissão e a inexistência do cargo de auditor

Diante da análise dos grupos focais, pode-se inferir que o princípio da competência tem regulado esse “fazer” profissional, pois busca aliar os diversos saberes que sustentam a prática em auditoria. Através dos grupos focais, apreendeu-se uma capacidade de transformação das equipes em relação às suas ações, aproximando-as das exigências de uma operacionalização adequada ao SUS e baseada em princípios éticos e legítimos.

Com a inexistência do cargo de auditor em saúde, no DENASUS, os auditores dessa esfera foram convidados a assumir a função a partir da experiência na área ou em áreas afins ao campo da auditoria em saúde ou por competência profissional, enquanto nas esferas municipais e estaduais já se constata a existência de concursos para o cargo (Tabela 7).

TABELA 7 – Forma de admissão para a função de auditor, no SNA,
nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Esferas	Concurso		Contrato		Outros		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	0	0%	0	0%	9	100%	9	100%
ESTADUAL	5	38%	1	8%	7	54%	13	100%
MUNICIPAL	2	25%	1	13%	5	63%	8	100%

Nas esferas estadual e municipal, nos quais os auditores foram admitidos por concurso, já foi instituído, portanto, o cargo de auditor em saúde. Os critérios utilizados para o exercício da função, sem a existência de concursos, segundo os auditores, eram a experiência na área ou áreas afins e/ou qualificação através de pós-graduação. Outro critério era a indicação.

A prática de indicação de candidatos a cargos ou funções, no Brasil, é comum e associada às práticas clientelistas. Pacheco (2002) relaciona esse tipo de inferência à falta concursos e transparência quanto aos critérios para a ocupação de cargos. No entanto, a mesma autora salienta que Schneider (1991) e Loureiro *et al* (1998) realizaram estudos de caso nos quais se demonstrou que as nomeações para cargo público não se orientam apenas por práticas clientelistas. Para Schneider (1991), a nomeação geralmente se tem sustentado em três critérios: a representatividade, a confiança e a técnica.

Um dos auditores participantes dos grupos focais também realçou o concurso como uma ferramenta legítima para assumir a função, o que, de alguma forma, reproduz o discurso do senso comum. Entretanto, para outro participante, a inexistência do cargo de auditor em saúde já sinalizada anteriormente, é um ponto crítico:

“acho que tem muitas questões que são inerentes ao próprio Estado, como a questão do cargo... Ficamos expostos, apesar de achar que as nossas ações são legítimas... elas não são, porque o Estado não nos dá legitimidade para agir... Ficamos superexpostos... Como auditar os serviços de um órgão do qual somos funcionários, se não somos legitimados para tal? As pessoas não nos contestam de forma declarada, porque elas sabem que estão erradas... mas parece que estamos também agindo de forma ilegal, pois exercemos uma função muito importante para o SUS e não temos o cargo... uma defesa de advogado só tem valor o porque ele é reconhecido legalmente como advogado...” (auditor da esfera estadual no município X).

Essa colocação expressa, com propriedade, a insatisfação dos auditores que não possuem o cargo, como também a insegurança em relação ao resultado de suas ações. A reflexão acima associa a existência do cargo à profissionalização, quando sinaliza a importância do respaldo legal. Associação que precisa ser trabalhada para que se entenda melhor a importância do cargo para o auditor. Como se evidencia na Tabela 8, todos os componentes ligados ao DENASUS não possuem o cargo, justificando-se o fato por se tratarem de funcionários públicos federais ligados ao Ministério da Saúde.

TABELA 8 – Presença do cargo de auditor em saúde, no SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Esferas	Sim		Não		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	0	0%	9	100%	9	100%
ESTADUAL	7	54%	6	46%	13	100%
MUNICIPAL	6	75%	2	25%	8	100%

De acordo com a distinção realizada por Di Pietro (2002), entre cargo e função, pode-se afirmar que a reivindicação dos auditores faz jus ao que a legislação brasileira estabelece, pois o exercício dessa função data desde a regulamentação do SNA, pela Lei 8689 (BRASIL MS 1993), não podendo ser mais configurada como de caráter

temporário ou excepcional, demandando a sua transformação em cargo. No entanto, a condição de temporalidade permanente parece demonstrar, mais uma vez, uma tentativa distorcida de aproximação ao ideal weberiano, que assegura ao funcionário público uma vigência indeterminada no cargo. Diante da inexistência do cargo, mantém-se a função por tempo indeterminado.

Como já sinalizado anteriormente, existem algumas iniciativas, por parte do Ministério da Saúde, no sentido de se criar a Carreira de Auditor Federal da Saúde, considerada, por esse ministério, como uma possibilidade de “atuação sustentável” do DENASUS, procurando proporcionar a essa força de trabalho – composta por profissionais de formação superior e larga experiência na Auditoria Federal – prerrogativas que somente o cargo de carreira pode conferir. Entretanto, ainda não houve publicação a respeito, o que demonstra a dificuldade para a definição e legitimação de saberes e práticas relativos a determinados monopólios profissionais. Essa situação é concebida da seguinte maneira, por alguns auditores do grupo focal:

“A falta de condição que o serviço propicia sob todos os aspectos e o primeiro deles, na minha opinião, já está carimbado aqui na minha cabeça, que é enquanto você não tiver cargo, enquanto você não for auditor – nós não somos, nós estamos –, enquanto você estiver só fazendo bico nisto, você não consegue montar as coisas de forma adequada. Os avanços na auditoria, enxergo como mérito nosso... mas somente isso não enche barriga... mexe na nossa vida pessoal e profissional...”. (auditor da esfera federal no município X).

“Falta o reconhecimento formal... pois sei que nos enxergamos como uma profissão... mas não há resguardo das nossas ações...” (auditor da esfera municipal no município X).

Esses depoimentos demonstram que os auditores reconhecem como seus os méritos e os avanços relativos ao processo de auditoria no SUS. Mas, além dos méritos, desejam melhores salários, condições de trabalho mais favoráveis, capacitação e plano

de carreira. Como preconizado na perspectiva burocrática, o exercício da auditoria também é a principal atividade do auditor, e ele ocupa todo o tempo do servidor, no âmbito do SNA; além disso, o trabalho de auditor não é uma vaidade, mas sim o seu meio de vida, o seu “ganha-pão”, segundo expressão de alguns entrevistados.

Contudo, os auditores não se reconhecem como portadores da *identidade funcional de auditores*, mas meros servidores em exercício na auditoria. Reafirmam que não se consideram como categoria, uma vez que isso não tem valor legal ou reconhecimento formal por parte do Ministério da Saúde. Sinalizam que essa situação interfere na vida pessoal e profissional e possibilita a sensação de uma posição inferior à do auditado. Vivenciam, ainda, o risco de impugnação das ações desenvolvidas por eles, apesar de alguns ponderarem que existem legislações, como a Constituição Federal, portarias, decretos, atos que lhes conferem a prerrogativa de auditar. Assinalam, no entanto, que qualquer servidor investido da função tem autonomia para executar o trabalho e que é direito de qualquer cidadão fiscalizar. Além de adotar estratégias para configurar uma maior sustentação a essa autonomia, o grupo focal, no âmbito municipal, ressaltou que a saída do auditor da equipe de auditoria pode acontecer apenas por processo administrativo ou interesse próprio.

Na percepção dos auditores, apesar da autonomia limitada, a importância que a auditoria tem assumido para o SUS, de acordo com o reconhecimento do MPF, TCU e da CGU, vem aumentando o reconhecimento quanto à “força cultural” do auditor e o valor social de seu trabalho. No entanto, enfatizam que esse reconhecimento tem sido contaminado pelos interesses que predominam em cada equipe, nas três esferas do SNA. Tomam corpo as questões específicas de cada equipe sobre os problemas

coletivos, sobressaindo-se as competições e o encapsulamento dos interesses do próprio SNA, surgindo o risco de se negligenciar o seu objetivo.

Diante dessa percepção, por parte dos auditores, cabe salientar a intenção de não culpabilizar, aqui, as diversas equipes, entendendo que comportamentos como esses somente reproduzem os desafios impostos pela organização do trabalho, em que não é possível homogeneizar interesses e/ou neutralizar conflitos, o que comprova a necessidade de que esses interesses e as ações desse grupo profissional se definam dentro dos parâmetros que Machado (1992) reconhece como corporativismo.

A não consolidação do cargo de auditor, talvez, possa estar associada ao risco da sua institucionalização, que poderia conferir aos auditores credibilidade e respaldo social para cumprir ética, técnica e politicamente a sua função, demarcando, assim, a sua identidade e o seu valor profissional.

Diante da análise dos relatos acima, se observa que a ação dos auditores aproxima-se da concepção weberiana quanto aos critérios necessários para se seguir carreira ou ser promovido para outros cargos superiores, pois eles demonstram capacidade e competência, revelando seus méritos. Percebe-se, também, que os auditores têm defendido interesses do cargo – apesar da inexistência do mesmo – e do sistema ao qual estão vinculados. A criação do cargo estaria, assim, ligada à possibilidade de estabelecimento de uma carreira, o que, na perspectiva weberiana, seria um retrato do desempenho profissional ao longo da vida.

Os relatórios de gestão do DENASUS assinalam que existe uma relação favorável entre os propósitos da auditoria em saúde e as possíveis transformações do SUS e os benefícios das mesmas aos seus usuários. Observou-se, após análise dos

grupos focais, que as equipes de auditores têm consolidado o monopólio relativo à auditoria em saúde. Esse monopólio tem sido facilitado pelo Ministério da Saúde, que reconhece, assim como outros órgãos de controle, como a CGU, TCU e Ministério Público, a autonomia técnica e cognitiva e o nível de controle desse grupo de auditores. Esses elementos demonstram a existência de uma trajetória de profissionalização da auditoria em saúde, o que leva a questionar o que falta para que a mesma seja reconhecida dentro dos parâmetros de uma profissão. Um dos auditores que integrou o grupo focal faz o seguinte comentário:

“ nós só estamos esperando receber o cargo [...] só que isto não vai acontecer se nós não modificarmos a forma de reivindicar, modificar a forma de sermos representados, nós somos mal representados hoje e isto é uma verdade.” (auditor da esfera federal no município X).

O caminho para esse reconhecimento, de acordo com Freidson (1988), não se limita ao *lobby* para aprovar uma legislação específica, devendo incluir, também, a conquista de credibilidade social quanto à atuação do campo da auditoria em saúde, de modo a corroborar sua competência e capacidade crítica para verificar irregularidades nas ações e serviços prestados pelo SUS, registrá-las nos cânones no Ministério da Saúde, demandar providências jurídicas cabíveis, bem como apresentar ações pontuais para corrigi-las e preveni-las.

Esse reconhecimento, conforme relatado anteriormente, já existe no âmbito do Ministério Público, CGU e TCU. Faz-se, necessário, então, divulgar mais amplamente essa identidade na sociedade como um todo. A credibilidade social proporciona às corporações já regulamentadas a possibilidade de fazer prevalecer a prática em relação à base teórica que a orienta, configurando sua legitimidade. A falta de reconhecimento social pode estar associada à fragilidade do controle social no âmbito dos componentes

do SNA, sinalizada, inclusive, pelo grupo focal. Não se pode negar, nesse sentido, a importância da sociedade para promover as mudanças necessárias, inclusive no domínio político. Como expressa um dos auditores participantes do grupo focal: “a gente mexe numa questão extremamente delicada, porque a gente esbarra sempre na questão política [...] tanto que auditar o próprio sistema é muito mais difícil” (auditor da esfera estadual do município X).

Essa fala remete às peculiaridades às quais os auditores estão sujeitos, principalmente quando têm a responsabilidade de auditar o trabalho de um sistema também vinculado ao Ministério da Saúde. Os auditores, como autoridade profissional, têm que se sujeitar à autoridade administrativa e gerencial do SNA e do ministério. Diante dessa situação, pode-se inferir que parece mais confortável ao Ministério da Saúde controlar o desempenho de funcionários que não detenham o cargo, porque se tornam mais assujeitados do que sujeitos na ação de uma auditoria. A regulamentação do cargo estaria, de alguma maneira, formalizando a ação de um grupo profissional que verificaria as ações de seu sistema de saúde, ações nem sempre bem-vindas.

Na realização dos grupos focais e na análise dos dados, ficou evidente que diversas situações provocam sofrimento¹⁸ nos auditores, como as más condições de trabalho, os baixos salários, mas o que mais os aflige é a inexistência do cargo. São situações originárias da impotência experienciada frente aos desafios apresentados e que configuram uma fragilização do domínio e poder profissional, bem como o “isolamento

¹⁸ De acordo com Brant (2004, 2005), o sofrimento constitui-se a partir de manifestações diversas do sujeito perante uma ameaça – real ou imaginária. O sujeito se coloca em alerta, reagindo através de fuga, imobilização ou enfretamento. É, sobretudo, uma manifestação reconhecida, nomeada e assumida culturalmente, pelo sujeito, na relação com outros sujeitos. Isso pressupõe a existência de um conjunto de percepções capaz de identificar e designar algo como perigoso ou não, estranho ou familiar. É contingente à vida em sociedade; uma verdadeira insistência dos seres humanos em viver sob circunstâncias pouco favoráveis.

social”, os quais atingem, sensivelmente, vários entrevistados. Alguns auditores se percebem como “espalha bolinhos”, pois são representados como os carrascos que darão a sentença final aos responsáveis pelas ações que o sistema classifica, eufemisticamente, como não conformidade.

Ficou evidente a especificidade e responsabilidade inerentes ao campo da auditoria. Assim, a não regulamentação do cargo não pode ser atribuída apenas aos efeitos não desejados das ações auditadas, mas, principalmente quando se depara com as necessárias garantias legais que o Ministério da Saúde teria que sustentar diante das ações sinalizadas pelos auditores, e a providências a serem implementadas. Se tecnicamente se fazem necessárias, o mesmo não se pode dizer do ponto de vista político. Não se pretende, aqui, defender somente esse interesse da equipe de auditores, tampouco acusar o Estado, mas assinalar as relações de poder que atravessam todos os sistemas, bem como demarcar a importância da participação dos auditores na formulação das políticas de auditoria, de maneira a aproximá-las do contexto em que tais políticas se enquadram, tornando a prática em auditoria menos impessoal e viabilizando uma melhoria de qualidade nas suas ações, como também nas referentes ao SUS.

6.3 A qualificação e os saberes técnicos especializados

Identificou-se a existência de processos de capacitação e educação continuada, buscando incorporar ao SNA o princípio da administração especializada e a profissionalização da força de trabalho, o que vem ao encontro dos preceitos burocráticos. Estes, por sua vez, sustentam a necessidade de se privilegiar coordenação e competência técnica habilitadora para o desempenho da função de auditoria em saúde.

Nos relatórios do DENASUS, dos anos de 1999, 2002, 2003, 2004 e 2005, evidencia-se que esse órgão tem centralizado a formulação e implementação de eventos, com o objetivo de valorização e capacitação. Em 1999, esses eventos visaram à operacionalização dos processos de auditoria. No ano de 2002, os cursos e treinamentos privilegiaram a concepção teórica das técnicas de avaliação e verificação, buscando construir um saber – o de auditar o SUS, em toda sua complexidade –, com o objetivo de certificar os auditores. Em 2003, vários eventos, como cursos de pós-graduação e simpósio de auditoria, buscaram a melhoria das atividades desempenhadas pelos auditores.

No ano de 2004, a qualificação técnica da força de trabalho do SNA buscou aprimorar a gestão e fortalecer o processo de descentralização, fundamental para a consolidação do sistema. Através de uma política de parceria e integração entre as diversas áreas do Ministério da Saúde, estruturou-se uma oficina e um curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria, além da implementação do curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, disponibilizado em diversos estados. Realizou-se, também, a 1ª Teleconferência do Departamento Nacional de Auditoria, na qual se discutiram a importância, os métodos e os processos a serem utilizados nas ações conjuntas do DENASUS com a CGU, além do curso de Informação de Interesse à Auditoria, para os técnicos do DENASUS, buscando aprimorar a capacidade dos mesmos na utilização dos sistemas de informação existentes; posteriormente, para uma maior integração, foi estendido aos técnicos dos componentes estaduais e municipais, proporcionando um maior intercâmbio. Foi também estruturado o curso “Re-descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos”.

Em 2005, através da metodologia de educação permanente, buscou-se contemplar todos os componentes do SNA: Projeto de Educação a Distância (EAD); Projeto e Execução de Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Curso de Atualização Técnica dos Engenheiros e Arquitetos do DENASUS; capacitação dos técnicos do DENASUS, para desenvolver ações de monitoramento e Oficina de Planejamento, com os chefes e supervisores do DIAUD/SEAUD. O marco desse ano foi a realização do Seminário “SNA: Integração como base para o fortalecimento”, que contou com participantes das três esferas de governo, destinado a avaliar a implantação do SNA e integrar os técnicos do SNA, por intermédio da discussão das diversas possibilidades e impossibilidades inerentes à auditoria em saúde executada por esse sistema.

Apesar dos relatórios indicarem a existência de espaços para treinamento e capacitação, a análise dos questionários enviados e depoimentos de integrantes dos grupos focais explicitaram que o processo educativo ainda era incipiente, como se pode observar nessa colocação: “pro cê ver: nós do município quase não temos cursos... quem tem curso é o pessoal do DENASUS... mas também estão lá no nível central... né? aí as coisas ficam mais fáceis” (auditor da esfera municipal no município X).

Esse depoimento parece corroborar com dos dados da Tabela 9, a seguir:

TABELA 9 – Existência de processos de educação continuada, no SNA, nas três esferas das capitais investigadas, 2006

Esferas	Sim		Não		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	4	44%	5	56%	9	100%
ESTADUAL	5	38%	8	62%	13	100%
MUNICIPAL	2	25%	6	75%	8	100%
Total	11	37%	19	63%	30	100%

Os respondentes com a maior frequência de processo de educação continuada são os que integram o DENASUS, devido, provavelmente, a sua proximidade com o centro de poder do campo da saúde. Observou-se, ainda a partir da Tabela 9, que os componentes com menor frequência são os municipais. Assim, parece reafirmar que, quanto maior a distância do poder central, menores são as condições de se ofertar algumas prerrogativas para a melhoria da auditoria em saúde.

Na pesquisa de Preger, Berger, Fonte *et al* (2005), o percentual referente ao aperfeiçoamento profissional dos médicos auditores, pela instituição à qual pertenciam, aproximou-se dos dados apurados no SNA. De acordo com os autores, as cooperativas médicas são as que mais investem no aprimoramento profissional.

Alguns auditores dos grupos focais demarcaram a necessidade de uma formação específica do campo da auditoria, referindo-se à falta de cursos de formação e treinamentos:

“(…) eles fazem falta... mas a grande maioria de nós é autodidata, a gente discute [...] é na base da “tentativa e erro”... nós nos capacitamos a nós mesmos, diante das nossas dificuldades e diante das nossas exigências e da nossa grande necessidade. Além disso, a oferta de cursos tem uma vinculação muito maior com a política de gestores, de prestadores, do que com o indivíduo em função ou com a melhora da auditoria”. (auditor da esfera estadual no município X).

“[...] as coisas mudaram... antes, havia um treinamento para entrar na auditoria... agora... a verdade é a seguinte: eles são treinados em serviço... para que a pessoa entenda desde o início como surgiu, para que ele possa atuar de forma certa. [...] o curso mais recente foi em 2001... para resolver uma questão de emergência”. (auditor da esfera municipal no município X)

A importância da formação foi ressaltada pelas equipes de auditores que, baseados nos princípios burocráticos, acreditam na necessidade do profissional se especializar em gerir a organização e o seu processo de trabalho. Situação dificultada ao se defrontar com um campo de conhecimento e práticas em formação. A capacitação técnica dos auditores é fundamental para a ação da auditoria, proporcionando uma maior autonomia no exercício profissional, como também um amparo legal. Percebe-se, pelo depoimento acima que, no início da implantação do serviço, foram realizados treinamentos específicos; atualmente, o treinamento é realizado em serviço, na base do “erra daqui, erra dali”, segundo expressão de um entrevistado. Associa-se a essa situação o contingenciamento da verba do treinamento que, também conforme o relato acima, parece atender mais a interesses particularistas do que se relacionar com a melhoria do serviço. Outros auditores apontaram que:

“Existe realmente uma questão básica que é a capacitação dos auditores; existe uma necessidade de uma linguagem única; de uma ordenação das ações; padronização de relatórios, de auditorias, de conclusões, de encaminhamento [...] além disso, nós caímos na auditoria... viemos de setores os mais diversos possíveis...” (auditor da esfera municipal no município X).

“[...] acho que há necessidade da formação do profissional auditor, nós agora estamos fazendo mais um curso de auditoria que está sendo solicitado pela Secretaria de Saúde. Alguns aqui já têm outros cursos, feitos em outras instituições. [...] porque é o momento da gente parar com esta maratona de serviço que a gente tem aqui na auditoria em função do próprio trabalho, de atendimento de denúncia, de auditoria e de tudo. E a gente pode até rediscutir a nossa prática, de reestruturar a nossa prática, e ver se realmente é por este caminho, se não for por este caminho, qual é a perspectiva nossa? Em cima do que a gente vai trabalhar? Porque eu acho que [...] que a gente está no momento de clarear [...] esta história toda e traçar uma diretriz melhor do que a que tem sido feita até hoje [...] não só a questão da formação, porque envolve aí a discussão de outras questões de legislação de programas. Mas que também dê um espaço que é este que a gente está tendo para discutir o

verdadeiro papel da gente, qual vai ser a continuidade, porque ficar só de papel para lá e para cá não dá... o principal é nos capacitarmos para melhorar o nosso trabalho...” (auditor da esfera estadual no município X).

Essas considerações se aproximam do tipo ideal weberiano (Weber, 1999): conhecimento e domínio da capacidade técnica são critérios básicos para se avaliar o poder e a legitimidade da ação profissional. A formação técnica se consolida como o aval para o reconhecimento da autoridade profissional. Contudo, de acordo com a análise dos questionários e grupos focais, pode-se observar que o critério da competência técnica, a meritocracia em auditoria, aconselhados tanto na administração burocrática quanto na gerencial, ainda não têm sido os fatores orientadores para o exercício da função de auditoria, pois muitos assumem a função de auditor por reconhecimento de mérito e competência técnica em outro campo não relacionado à auditoria em saúde. Os espaços de formação e treinamento não têm apenas a conotação formalizada de “repasso de conhecimentos”, mas de discussões, construções e transformações conjuntas para as adequações necessárias ao processo de auditoria em saúde.

Esses momentos e a formação em serviço vêm de encontro a alguns autores, como Rovere (1994), Davini (1994), Chorny (1994), Ribeiro (1996), Haddad (1994), Quintana (1994), Melo (1999), que realçam as estratégias capazes de transformar o modelo de prestação de serviços. A mais evidente é a vinculação dos processos educativos à situação concreta do processo de trabalho. Somente assim a força de trabalho do SNA estará sendo formada ou capacitada para as necessidades reais da auditoria em saúde, além de se reconhecer como sujeito desse processo. Nessa perspectiva, as responsabilidades dos auditores se tornam, também, instâncias e

unidades técnico-políticas de gestão dos componentes do SNA, através da ampliação da capacidade de decisão local e de novas formas de relação com o SUS e seus usuários.

Assim, percebe-se a imprescindibilidade da inserção desse tipo de metodologia no campo da auditoria, em processo de construção, objetivando a reestruturação do seu processo de trabalho. Característica que torna o trabalho em auditoria um centro privilegiado de aprendizagem, de maneira a construir um referencial consistente e participativo. Ressaltam-se as lacunas de conhecimento e práticas ainda existentes, e que podem constituir parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na vida cotidiana da auditoria em saúde.

Cabe ressaltar que a autoridade do SNA é imputada à propriedade do “saber” em auditoria, poder atribuído não somente à força de trabalho, mas às instituições de controle interno e externo ao Ministério da Saúde; aos gestores e usuários; a sua estrutura formal e de base legal. O poder – aceitabilidade às normas – se vincula ao cargo e não àquele que o ocupa. A hierarquia existente entre os componentes do sistema parece se reproduzir na relação entre os seus auditores. Logo, a operacionalização da auditoria se assemelha a uma engrenagem, na qual a divisão do trabalho determina a responsabilidade de uma atribuição, delineada claramente, e direcionada para um grupo de auditores ou esfera do sistema.

Entre os grandes desafios que a força de trabalho tem enfrentado, os participantes dos grupos focais ressaltam os requisitos básicos para o seu exercício profissional:

“São vários requisitos, desde a formação legal, da legalidade da auditoria, a informação, porque eu acho que não tem nem um cargo, nem uma função que necessita tanto de informação, quanto a de auditor. Porque ele é o responsável por toda a avaliação do serviço de saúde, independência, trabalho

e autonomia. Eu acho que deveria ser crucial para o auditor desempenhar a sua função, não ficar atrelado ao lado político, porque se vai atender interesses políticos, econômicos, ou interesses diversos se limita a função do auditor e, dá uma sensação de impotência, de falta de receptividade das ações de saúde.” (auditor da esfera federal no município X).

“[...]auditor infelizmente não vai poder emitir juízo de valor...” (auditor da esfera estadual no município X).

“[...]curiosidade investigativa, vontade de estudar porque a carga de conhecimento que a gente tem de ter é muito grande porque você tem de saber de tudo, você tem que saber da vigilância sanitária, da vigilância epidemiológica, você não pode ficar fechado em uma área só, tem que ser comprometido, [...] ter jogo de cintura, [...] ser diplomata...e não ditadores... pois nós estamos cumprindo a nossa função de verificar e sugerir mudanças...” (auditor da esfera municipal no município X).

“[...] acho que tem uma coisa básica, que é a integridade e isto aí para mim é indispensável em qualquer setor; [...] aí já são características pessoais, primeiro é ter uma característica básica de percepção das coisas, ter uma percepção global daquilo que você está fazendo... competência...incluo também a formação técnica.” (auditor da esfera estadual no município X).

“[...] eu acho que a autonomia... também a capacitação, a formação técnica e a independência deveriam ser bem considerados em uma auditoria... a ética...” (auditor da esfera federal no município X).

“[...] o principal é gostar do que faz, depois o resto é consequência e você vai se acomodando, o principal é gostar.” (auditor da esfera municipal no município X).

“[...] as dificuldades [...] nós não ficamos solidários, nós somos solidários e isto é muito bonito, e nós só fomos solidários porque nós estávamos em dificuldades...ainda mais agora com a cobrança por resultados.” (auditor da esfera federal no município X).

Os requisitos mencionados acima indicam a amplitude e complexidade do exercício profissional do auditor do SNA. Soma-se, ainda, que a sua ação se constitui, no âmbito do público, voltada para os interesses coletivos, o que a situa, essencialmente, no campo político.

6.4 Algumas considerações sobre a força de trabalho do SNA

A análise dos dados permitiu identificar implicações do exercício da auditoria vinculadas à legitimidade técnica e legal, indo ao encontro dos princípios burocráticos. Os preceitos básicos, para essa legitimidade, podem ser assim sintetizados: autonomia,

capacitação, competência, curiosidade, diplomacia, ética, formação técnica e legal, satisfação no trabalho, independência e solidariedade.

Evidenciam-se, também, requisitos próprios à administração pública gerencial, como eficiência, eficácia, efetividade e o compromisso por resultados. Um cuidado básico no exercício da auditoria, como em qualquer outra área de controle, é o conjunto das relações estabelecidas com os sujeitos da ação (auditor/auditado), pois pode ocorrer uma exacerbação da obediência, do respeito e da confiança, originando uma relação nitidamente de submissão. A expectativa dos auditores é que, após os procedimentos de verificação, e cumpridos os espaços legais de reconsiderações, os relatórios finais da auditoria possam, através de sua autoridade, fazer prevalecer as suas sugestões, convencendo os auditados de que as conclusões não se basearam em “juízo de valor”, mas em preceitos técnicos regidos por ações de auditoria.

A divisão do trabalho, no SNA, obedece ao grau de complexidade de cada esfera, prescrito nas rotinas e procedimentos, buscando sempre garantir eficiência. Essa divisão procura determinar as atribuições de cada grupo, evitando a ocorrência de imprevistos. A partir da estrutura hierárquica, a divisão do trabalho estabelece os níveis de autoridade e a resolução dos conflitos. No SNA, a extensão de cobertura territorial e populacional possui um caráter piramidal, do ponto de vista dos recursos humanos. As atribuições são especificadas de acordo com cada esfera.

A impessoalidade é um fator essencial na ação de auditoria, pois congrega, em sua origem, a objetividade e imparcialidade, segundo os princípios weberianos. No entanto, sobrepõe-se a esse pressuposto a experiência dos auditores acerca das dificuldades para se entender a prática de uma auditoria realizada através de uma força

de trabalho, e não pela função de auditoria em si, ou pela estrutura do SNA. Entretanto, a importância desses princípios é proteger os servidores dos particularismos presentes no âmbito da administração pública brasileira.

Constatou-se que o auditor, apesar de considerado um especialista, se percebe como um mero executor de políticas formuladas, fortalecendo, assim, a impessoalidade no processo de auditoria. A competência técnica parece ser a dimensão mais desejada pelos diversos auditores, pois almejam garantias de aperfeiçoamento e obtenção de legitimidade para suas ações, além de garantias de direitos já alcançados por outros auditores, integrantes dos sistemas de controle externo ao Ministério da Saúde. Essa competência vem, também, sustentar a profissionalização da auditoria em saúde.

A elaboração desse capítulo viabilizou a identificação de novos desafios enfrentados pelo conjunto da força de trabalho, nas três esferas do SNA. Entre eles, destacam-se: submissão à gama de referenciais metodológicos díspares; ampla diversidade política; e um conjunto de referenciais técnicos, às vezes, sem coerência interna. Por fim, o mais desafiante e perturbador, a inexistência do Cargo de Auditor em Saúde. Principalmente ao reconhecer alguns movimentos mesmos que tênues no MS de estabelecer a Carreira de Auditor, cabe ressaltar a necessidade da instituição de uma carreira única para as três esferas. Pois, essa é uma maneira de não diferenciar a ação profissional dos integrantes dessas forças de trabalho, além de garantir um compromisso mútuo em busca do objetivo proposto ao SNA. Pôde-se também perceber trabalhadores tentando mesclar conhecimento, prática, princípios éticos e solidários no seu exercício profissional, confiando que os impactos de suas ações fossem capazes de adequar os princípios do SUS ao anseio e às necessidades dos usuários.

CAPÍTULO 7 – O SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA DO SUS E SEUS AVANÇOS

Assegurar o SUS como parte de uma política nacional de saúde demanda o alcance de vários objetivos, entre eles, a consolidação do SNA, como seu dispositivo de controle. Dispositivo que pode ser configurado como uma ferramenta fundamental para gerar subsídios e ampliar a “confiança pública”, visando à “capacidade de desempenho” desse sistema de saúde (Pacheco, 1998).

Este capítulo apresenta os avanços da consolidação do SNA, de acordo com a percepção do grupo de auditores e da análise dos relatórios de gestão elaborados pelo DENASUS.

Tratar de um sistema tão complexo quanto o SNA exige relacioná-lo com a igual natureza do SUS, com seus aparatos, estruturas estatais e força de trabalho.

O SNA pode ser entendido como a base normativa que procura respaldar a qualidade das ações e serviços do SUS, fundamentadas no princípio da economicidade, e, quando necessário, reorientar essas ações. O Estado, utilizando o princípio da “concertação”,¹⁹ cumpre o seu papel burocrático e regulador. As ações do SNA dependem de uma intrincada rede de relações, da qual participam as instituições correlacionadas a esse sistema; atores sociais envolvidos, entre eles, a força de trabalho responsável pelo processo de auditoria; grupos de interesses; processo de tomada de decisão; e resultados desse processo (Hogwood e Gunn, 1984; Meny e Thoenig, 1992; Labra, 1999; Weber, 1999).

¹⁹ No sentido de ações coordenadas que implicam ajustamento e conciliação.

No entanto, o modelo dessa orientação normativa não é centrado puramente em princípios burocráticos, mas em um modelo administrativo híbrido, congregando também características da administração pública gerencial, pois o seu controle efetivo visa ao aumento da qualidade, à otimização na utilização dos recursos, essencialmente para viabilizar ações possibilitadoras de mudanças no SUS e, conseqüentemente, nas condições de saúde da população brasileira.

O fortalecimento do SNA depende, assim, das relações estabelecidas e dos resultados de suas atividades, entre os quais podem ser salientados alguns avanços, como: a viabilização da consolidação do SUS – uma política de Estado; o aprimoramento das ferramentas para a regulação das ações e serviços de saúde; a descentralização, através da construção de componentes nas três esferas (municipal, estadual e federal); a concretização do princípio da regionalização; um melhor controle no financiamento do sistema de saúde brasileiro.

7.1 O SNA e o fortalecimento do SUS, na percepção dos auditores e do DENASUS

O SUS se institui como política pública, em construção, desde 1988, e vem tentando garantir a saúde como direito universal. Apesar de não constituir ainda prioridade de governo, seus princípios têm sido preservados (Cohn e Elias, 2003; Elias, 2004). A análise da participação do SNA, nessa preservação, pode ser verificada em alguns relatos dos auditores:

“[...] a gente vê que a auditoria vem organizando o sistema, pelo menos nos serviços prestados pelo setor privado; os serviços próprios ainda têm muito a melhorar, é engessado, não consegue mudar... mas isso tem a ver com interesses políticos [...]. Mas não podemos negar que a primeira auditoria que a gente fez tinha uma desorganização no Sistema Único de Saúde [...]. O próprio Ministério Público reconhece o tanto que a nossa auditoria tem ajudado a fortalecer o SUS como política. (auditor da esfera municipal no município X).”

Esse depoimento sinaliza a percepção do corpo de auditores acerca da importância do SNA no fortalecimento do SUS, como uma política de Estado. Demarca uma compreensão mais analítica das políticas, buscando integrá-las em contextos mais amplos, associando a limitação das ações do serviço próprio do SUS aos interesses políticos, pois o que se evidencia, muitas vezes, são análises pontuais e unilaterais, nas quais se culpabiliza o SUS, como se o sistema fosse um claustro em que as questões econômicas, sociais e culturais não interferissem nas suas ações. Porém, a análise não é unilateral, devido a não se acomodar e defender o sistema próprio que enfrenta obstáculos em razão do seu engessamento e do excesso de normas e papéis. Obstáculos que demonstram o comprometimento histórico do Estado com a reprodução das disfunções resultantes de alguns princípios burocráticos, nos quais a preservação de um aparato estatal acontece em detrimento do bem coletivo.

Pode-se acrescentar que, possivelmente, a priorização do controle sobre o sistema privado se refira à relação penalização/retorno financeiro. No entanto, observa-se que o avanço da metodologia de controle do SNA tem proporcionado subsídios para melhorias na gestão e organização do SUS.

Os relatórios anuais de gestão emitidos pelo DENASUS, além de colaborarem com a socialização das realizações desse departamento, disponibilizam subsídios para o aperfeiçoamento dessas ferramentas e, conseqüentemente, para os modelos de gestão e de atenção à saúde:

“Até 1999/2000... a gente pode considerar que não tinha manuais, a gente não tinha roteiros, cada um fazia auditoria como queria, os relatórios não tinham os mesmos padrões; então, a auditoria avançou muito... passou a ter programação e sabemos que isso foi fruto de um esforço conjunto [...] informatização... tudo isso resultou em melhorias

nas nossas condições de trabalho [...]. Os relatórios têm sido como um guia...” (auditor da esfera federal no município X).

Essa descrição coincide com as evidências contidas no relatório de gestão relativo ao ano de 1999, quando o DENASUS passou a planejar suas ações, a partir da “análise situacional” do SUS, o que envolveu incremento nas atividades de auditoria, de caráter prospectivo e bimestral, programadas *in loco* pelas unidades desconcentradas do departamento, nos estados. Segundo esse relatório, procurou-se adequar a metodologia de trabalho da auditoria com a elaboração de diversos instrumentos de orientação e avaliação, como formulários e manuais. Entre os manuais, destaca-se o Manual de Orientação Básica de 1999, que procurou sistematizar a auditoria de gestão do Estado e município. Evidencia-se que os progressos internos das atividades de auditoria, através da padronização, programação das atividades e informatização, resultaram em melhorias das condições de trabalho.

7.2 O SNA e as parcerias com outros órgãos de controle externo

Cabe salientar a importante parceria do Ministério Público Federal com o Ministério da Saúde, no ano de 2000. Para isso, foi criado o Grupo de Acompanhamento e Responsabilização (GAR), responsável por garantir os interesses sociais e individuais no processo de atenção à saúde do SUS, assegurados pela Constituição Federal. Parceira realçada pelo relato abaixo:

“O Ministério Público Federal nos requisita todos os dias [...] poderíamos nos dar ao luxo de trabalhar só para o Ministério Público Federal, para fazer e refazer trabalho da CGU, olha a CGU está ligada direta ao presidente da República, um órgão específico, um órgão com carreira, um órgão com salário próprio, com todo um cunho de atividade típica de Estado [...] o nosso posicionamento, hoje, ele é equalizador da posição do Ministério Público Federal [...] ele não abre nenhuma ação na área da saúde sem ouvir o DENASUS, não adianta

CGU, o tribunal ter feito o trabalho; especialista em saúde é o DENASUS”. (auditor da esfera federal no município X).

Diante dessa colocação, observa-se a importância da parceria do SNA com a CGU, para o grupo de auditores entrevistados, uma força de trabalho que, através de um esforço comum, tem viabilizado avanços da auditoria realizada no âmbito do SNA. E, por diversas vezes, durante esta pesquisa, alguns auditores afirmaram não terem o devido reconhecimento quanto ao trabalho realizado. Assim, ter o reconhecimento de um órgão que, segundo Aurélio e Lopes (2000), é responsável por traduzir a “voz” da sociedade, garantindo o seu adequado funcionamento, baseando-se em princípios como democracia, honestidade e justiça, tem um significado muito grande para esses desbravadores de um campo ainda pouco conhecido, como a auditoria em saúde.

7.3 A importância do Sistema de Auditoria – SISAUD

A instituição do Sistema de Auditoria (SISAUD), em 2002, foi percebida da seguinte forma, por um dos integrantes do grupo focal:

“Nós temos o SISAUD, que é um sistema próprio de auditoria, nosso, e informatizado, e ele vai ser agora disponibilizado para os municípios e para os estados, a partir de 2005, 2006. [...] não é nada de ponta, mas ele é muito eficiente, ele não chega a ser um programa de ponta, como o da Receita Federal [...], nós vamos ter um SISAUD de Internet e que vocês verão que vai ser um show, e ele será disponibilizado aos gestores municipal e estadual, facilitará e muito a vinculação entre as três esferas”. (auditor da esfera federal no município X).

O SISAUD é um avanço na modernização da auditoria em saúde, no âmbito público, socializando informações e promovendo maior integração entre as três esferas do SNA. A Portaria 2.209²⁰ instituiu o SISAUD, buscando organizar, sistematicamente, a auditoria do componente federal do SNA. A sua informatização viabilizaria o

²⁰ Publicada em dezembro de 2002.

acompanhamento, controle e produção das informações referentes às ações de auditoria da esfera federal do SNA, em todo o território brasileiro, e facilitaria a emissão de relatórios pelo DENASUS.

Realmente, conforme a percepção acima, de um dos integrantes do grupo focal, a Portaria 1.467²¹ estendeu esse sistema para os componentes estaduais e municipais. Essa portaria estabelece que essas esferas, se habilitadas, poderão utilizar o sistema como base, para verificar dados, emitir relatórios e ter acesso à política de saúde do Ministério da Saúde. Esses dados não se justificam por si só; assim, exigem análises concernentes ao contexto no qual estão inseridos. E, de acordo com Silva (1994), deixarão a sua “natureza básica ou operacional” e se configurarão como “natureza gerencial ou estratégica”, para viabilizar as mudanças necessárias no campo da auditoria em saúde do SUS. Acredita-se que a expansão desse sistema de informatização para as esferas estaduais e municipais expresse a realidade local das ações e serviços de saúde, melhore o fluxo de informações e viabilize melhorias na política de saúde vigente no Brasil.

A mensuração das auditorias realizadas, evidenciada nos relatórios dos anos de 2004 e 2005, busca comprovar as conquistas do SNA – auditorias feitas nos 26 estados da Federação e Distrito Federal. Um dos integrantes dos grupos focais reconhece: “avançamos muito em termos de atuação; hoje, conseguimos atuar em municípios de todos os estados da Federação” (auditor da esfera federal no município X).

A partir da análise do relatório do ano de 2004, nota-se que o DENASUS, objetivando garantir a qualidade do processo de atenção à saúde, procurou assegurar os

²¹ Editada em julho de 2006.

princípios fundamentais do SUS, como a equidade, a integralidade e a universalidade, associando-os ao princípio da economicidade, através da utilização eficaz dos recursos financeiros. Esses princípios nortearam o DENASUS em suas ações de controle, que buscam, diante das condições necessárias, atuar também em caráter preventivo e educativo. E, ao verificar a gestão dos órgãos e serviços, a estrutura dos processos e os resultados alcançados procuravam observar se esses últimos se sustentavam em critérios de eficiência, eficácia e efetividade.

Esse relatório realça os benefícios das auditorias realizadas em prol de um retorno financeiro para o sistema de saúde brasileiro, resultante do ressarcimento, ao Fundo Nacional de Saúde, dos valores que as ações de controle julgam terem sido utilizados indevidamente. Essa evolução do princípio da eficácia dos recursos financeiros também pareceu reconhecida por um dos auditores: “foi uma grande batalha garantir o retorno aos cofres do Fundo Nacional de Saúde dos valores empregados de forma... vamos dizer... inapropriada...” (auditor da esfera estadual no município X).

7.4 A descentralização e a regionalização no SNA

O princípio da descentralização foi resguardado desde o Decreto-lei 1651 (BRASIL SF 1995), e é percebido pelos auditores como um facilitador das suas atividades: “temos que estar nos três níveis de gestão do SUS, pois é mais fácil a gente estar perto do que vai auditar” (auditor da esfera federal no município X). A estruturação de componentes nas três esferas do SNA e a concretização do princípio da regionalização se apresentaram como possibilidades de fortalecimento do pacto federativo, minimização da extensão e diversidades existentes no país, melhor participação da gestão tripartite, melhor controle social, e um saber e fazer locais. A

regionalização vem se respaldando na inserção de uma unidade correspondente às divisões de auditoria do DENASUS, no âmbito de cada estado.

Ainda não houve a concretização dos princípios de descentralização e regionalização, mas condições foram criadas, no sentido de um maior equilíbrio na articulação dos três componentes e de viabilizar espaços para o cidadão e o controle social. Essa condição é demonstrativa das dificuldades inerentes à implementação de políticas públicas, em que prevalecem confrontos e especificidades dos componentes que demandam negociações entre os três níveis de gestão – Ministério da Saúde, os atores sociais envolvidos e os grupos de interesse (Lindblom, 1980; Hogwood e Gunn, 1984; Figueiredo e Figueiredo, 1986; Viana, 1995; Bodstein, 2002).

Como se verificou, a partir das análises dos diversos relatórios, vários movimentos têm sido feitos na tentativa de melhorar a integração entre os componentes estaduais e municipais de auditoria. Buscando ainda consolidar as parcerias já desenvolvidas e constituir uma nova política de avaliação, auditoria, controle e regulação que acompanhe, efetivamente, as ações construídas com base em um processo de atenção à saúde da população.

7.5 Considerações parciais sobre os avanços do SNA

Segundo um dos integrantes do grupo focal, “falar sobre os avanços é muito fácil [...] foram todos de um esforço pessoal solidário” (auditor da esfera federal no município X). Situação que na perspectiva weberiana, é o singular transformado em uma perspectiva universal, onde a apreensão da realidade dessa força de trabalho se constitui a partir da historicidade de suas ações e da participação direta nas melhorias

implementadas no SNA. É a reprodução da realidade pela descrição de um dos integrantes da força de trabalho.

Todos esses movimentos, relacionados ao SNA pelo corpo de auditores integrantes das esferas do SNA, no município estudado, e pelos relatórios de gestão elaborados pelo DENASUS, baseiam-se em princípios weberianos que a partir de padrões técnicos procuram dar sustentação aos modelos de atenção e gestão do SUS, reorientá-los para as mudanças necessárias ou facilitar a sua operacionalização. Há que se reconhecer às limitações relacionadas aos avanços, que estarão sendo abordadas no Capítulo 8 – que trata dos desafios colocados para o SNA –, como também a inexistência de indicadores que possibilitem mensurar o quanto o SNA tem viabilizado o aprimoramento do processo de atenção e gestão do SUS.

Retomando a questão dos avanços, salienta-se que o SNA, além de procurar garantir o uso apropriado dos recursos financeiros, tem a função de resguardar ao usuário e à União, estados e municípios a qualidade dos serviços profissionais e institucionais; e, dessa maneira, afiançar um bom desempenho do sistema de saúde brasileiro, conferindo-lhe “confiança pública” e garantindo melhores condições de saúde ao cidadão brasileiro. Situação que se assemelha à teoria da Construção da Esfera Pública (*Public Sector Construction*) que, segundo Abrúcio (1998), representa uma das concepções que tem norteado a administração pública na Grã-Bretanha. Essa teoria ao procurar assegurar a saúde como direitos do cidadão, se aproxima de uma nova cultura cívica, proporcionando políticas públicas mais efetivas.

As conquistas relativas aos processos de auditoria, no âmbito do DENASUS, apesar de não se constituírem em evidências concretas, têm sido sinalizadas nos

relatórios desse departamento. Eles apontam que as deficiências evidenciadas pela auditoria têm resultado em orientações e recomendações aos gestores e gerentes de serviços, com foco nas ações preventivas. Como também assinalam a promoção de alterações nos indicadores de saúde; mudanças de concepção por parte do gestor; redução dos custos em saúde; retorno financeiro para a União; melhoria dos serviços e um melhor acesso da população aos serviços de saúde.

A auditoria em saúde, ao se constituir como uma especialidade em processo de construção, associada à complexidade do campo da saúde, define a importância do SNA na intermediação do modo de fazer a política de saúde com o cidadão que demanda essa política. Nessa perspectiva, princípios burocráticos, como a formalidade das rotinas e formulários, têm dado sustentação à administração pública gerencial e colaborado na efetividade e otimização do SNA, sistema que procura traduzir a sua eficiência em ações e serviços como subsídios para melhoria do SUS, respeitando o interesse da coletividade, ao reconhecer o cidadão como contribuinte de impostos e com direito ao acesso às ações e serviços de saúde. É o caminhar em direção ao aprimoramento do SUS como uma política pública.

CAPÍTULO 8 – DESAFIOS TÉCNICOS E POLÍTICOS PARA A ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA

O Sistema Nacional de Auditoria (SNA), ao se consolidar como dispositivo de controle do SUS, vem se materializando como parte dessa abrangente política pública. Como vimos anteriormente, seu *modus operandi* é baseado em formulários, manuais, protocolos e regulamentos, que regem suas ações e as do SUS. A partir desses instrumentos é que se verifica a conformidade dessas ações. Neste capítulo, buscou-se explicitar os desafios encontrados no processo de estruturação do SNA.

Mesmo com avanços importantes, abordados no capítulo anterior, o SNA ainda se defronta com diversos desafios, devido à sua dinâmica e complexidade. A implementação do SNA parece reproduzir o que vem sendo preconizado, pelos cientistas políticos, não se atendo, de forma fiel, ao que foi proposto na fase de sua formulação. Situação que proporciona momentos de reconstrução permanente dessa política (Lindblom, 1981; Hogwood e Gun, 1984; Perez, 1999; Meny e Thoenig, 1992).

A análise de conteúdo dos grupos focais evidenciou os seguintes desafios:

- 1º) O caráter atípico da auditoria em saúde;
- 2º) A fragilidade de interação entre os três componentes;
- 3º) Controle interno/controle externo;
- 4º) Controle interno/controle social;
- 5º) O resultado em auditoria;
- 6º) A carreira de auditor: requisitos básicos para formação do auditor.

8.1 O caráter atípico da auditoria em saúde

O SNA tem como objetivo controlar o manejo dos recursos materiais e financeiros, de modo a garantir a qualidade das ações e serviços prestados pelo SUS. No entanto, como se pode verificar nos relatos de alguns auditores, suas ações não se situam de acordo com os modelos tradicionais de auditoria:

“[...] ele é atípico em todos os sentidos, ele é atípico pelos componentes da equipe, ele é atípico porque aí fora no mercado, na iniciativa privada, quando você contrata uma auditoria [...] ela contrata profissionais para dar parecer, eles não participam da auditoria, então eles dão um parecer. [...] tem a influência dos interesses políticos... ela é atípica por estes motivos que eu poderia ficar aqui o dia todo...” (auditor da esfera federal do município X).

“[...] ele é atípico e nós não vamos encontrar este tipo de trabalho em nenhum órgão, empresa, etc. [...] nós somos chamados desde uma cobrança de um procedimento, a um super faturamento, a uma obra inacabada, então o nosso trabalho, ele é muito importante para o Ministério da Saúde e para a União, no sentido de representar este trabalho mais completo, um trabalho mais compacto, então a auditoria no serviço de saúde seria um guardião na área de saúde.” (auditor da esfera federal do município X).

“[...] Eu acho que auditoria contábil é mais para as pessoas aí fora, é só na parte contábil; e a nossa, no entanto, abrange a parte assistencial também, que envolve odontologia, epidemiologia, tudo o que diz a respeito de saúde, é assistência médica, visita a hospital, unidade de saúde, postos, faz visita rural, então, a nossa é bem abrangente [...] sem um apoio na teoria. Nossas ações partem das necessidades de trabalho.” (auditor da esfera estadual do município X).

Constatamos, assim, o caráter particular e específico do processo de auditoria do SNA. Envolve uma sistematização, verificação crítica e contínua, controle dos processos e resultados das ações e decisões de técnicos e instituições vinculadas ao SUS. Para assegurar maior benefício, menor risco e maior eficiência – otimização da gestão e do modelo de atenção à saúde. Esse modelo não se assemelha ao de nenhum outro órgão responsável por verificar ações de não-conformidade, no campo da saúde. E

demonstra um desenho que avança em relação a simples vinculação financeira. Dessa forma, apresenta resultados positivos na vida pessoal dos usuários do sistema e da coletividade, de modo geral. O caráter atípico, citado acima, apresenta-se como um dos seus maiores desafios, pois, além da área contábil, sua abrangência se refere à qualidade do modelo de atenção originário do SUS; à condução do processo de auditoria; à composição da equipe; ao salário e aos projetos para valorização desses profissionais.

A verificação da conformidade com as disposições planejadas, normas e legislações vigentes, em relação aos benefícios agregadores de qualidade, ao modelo de atenção e gestão do SUS demonstra a importância que os processos assumem na formatação dos resultados. Realça-se, assim, a relevância do princípio da normatização burocrática para a estruturação do SNA. E ainda oferece legitimidade à auditoria, como processo sustentado em princípios éticos, como autonomia, beneficência e justiça. Princípios esses delineadores das ações do auditor, ao se considerarem as demandas da auditoria em saúde e as diversas interpretações da ética no mundo moderno, vinculadas ao contexto da coletividade na qual estão inseridas. A ética de uma política pública depende do conteúdo dessa política e da ação demandada pela mesma. Nesse contexto, entende-se que a ética do SNA é regida por valores universalistas, a partir do seu engendramento no âmbito do SUS.

A ênfase no caráter atípico, dada pelo corpo de auditores entrevistados, se deve não somente à vasta amplitude das abordagens ou das práticas no campo da auditoria em saúde, mas, também, à escassez de embasamento teórico para a sua prática. Essa insuficiência é evidenciada quando se propõe resgatar produções teóricas no campo da auditoria em saúde. Cabe apontá-lo como um campo de conhecimento em construção,

com um longo caminho a trilhar visando a ultrapassar seus obstáculos conceituais e metodológicos, e consolidar-se como um corpo sistematizado de conhecimento e ações.

Outros fatores reforçam esse caráter e sinalizam as grandes dificuldades na prática em auditoria:

“Nós criamos um modelo de auditoria que é diferente, tem algumas pessoas que fazem assessoria de auditoria e segue esse modelo. Mas, entaves como a pouca infra-estrutura... desperdícios... existem [...]. A partir do momento que o sistema começa a reconhecer a necessidade, a importância da auditoria, ela começa a ganhar a questão de infra-estrutura.” (auditor da esfera municipal do município X).

“[...] passamos um tempo sem viajar porque não tinha carro, diária, às vezes, tem atraso de diária. Além de espaço físico limitado, poucos computadores. Nossa estrutura é muito limitada, para que possamos agir de acordo com as necessidades, às vezes, faltam condições mínimas de trabalho.” (auditor da esfera federal do município X).

Considerações como essas demonstram os impedimentos aos quais o SNA tem sobrevivido. Há, ainda, o distanciamento de alguns princípios que, apesar de tradicionais, ainda ocupam papel de relevância no contexto da nova gestão pública, entre eles, a eficiência que compõe, com a eficácia e a efetividade, os 3 E's da gestão pública. A eficiência se relaciona à otimização dos processos de economia, com disponibilização de recursos financeiros, humanos e materiais. A eficácia se refere às ações adequadas, advindas da utilização desses recursos. E a efetividade se envolve com os resultados de determinada política, gerando produtos que determinam impactos positivos (Weber, 1999; Barzelay, 2002; Gomes, 2002; Noronha, 2004; Pina e Torres, 2001).

A articulação desses três princípios caracteriza o bom funcionamento administrativo. Ressalta-se que não se propõe, ao SNA, trabalhar em um modelo

weberiano, com uma completa previsibilidade do desenrolar do processo de auditoria, pois, de alguma forma, reproduziria a centralização no processo, originando certa apologia ao aparato estatal. Antes, espera-se viabilizar condições que proporcionem a mediação dos critérios da eficiência e eficácia para induzir a otimização da auditoria, resultando em impactos positivos para a qualidade das ações e serviços prestados pelo SUS.

No entanto, também nos deparamos com depoimentos como este:

“[...] é saber se [...] você está atingindo os objetivos em termos de oferta de saúde pública, tanto em termos de qualidade, quanto em termos de quantidade, sempre e quase que obrigatoriamente vinculado à normatização que já existe. Mas, às vezes, você não tem ou não conhece as normas... o ministério parece várias ilhas. E, às vezes, a gente tem que estar avaliando em condições mínimas, dentro de uma norma fechadinha. Então, assumimos uma postura em que o mais importante é você estar observando a qualidade e a quantidade do que está sendo produzido em termos de saúde.” (auditor da esfera federal do município X).

“Nós aprendemos sozinhos a pedir às ilhas do ministério da saúde, os normativos que eles estavam soltando.” (auditor da esfera municipal do município X).

Autores como Loureiro (2001) e Benites (2004), em geral, caracterizam como disfunção burocrática a situação exposta no depoimento acima. Realçam, ainda, a rigidez das normas prescritas pelo modelo burocrático baseado no tipo ideal weberiano. O caráter formal da burocracia procura demarcar a adequação das ações e procedimentos através da elaboração de documentos, rotinas e formulários, objetivando o bom andamento de determinada organização. No entanto, essa estrutura baseia-se apenas na austeridade técnica e controle formal dos processos administrativos, reafirmando o poder do Estado, na tentativa de submeter a sua força de trabalho a seu aparato, nem sempre conhecido pelo corpo dos seus funcionários.

Normas e estratégicas são fundamentais para a organização institucional. No entanto, elas não se justificam por si mesmas; devem estar internalizadas institucionalmente. Precisam ser reconhecidas como tais, para facilitar as suas aplicações. Contudo, deve-se considerar a impossibilidade da completa previsibilidade do funcionamento de um processo de auditoria. A sua dinâmica não possibilita uma previsão milimétrica de todas as suas ações e mesmo dos diferentes comportamentos de seus atores. Por mais que se constitua legal, racional, e exaustivamente, as normas de uma organização ainda não estarão sob total controle ou em superconformidade.

Um exemplo da não internalização das normas que orientam o SNA, são seus manuais que, apesar do esforço para a sua publicação, têm norteado as ações de auditoria desse sistema, pois alguns auditores assinalam que essa publicação parece distanciada da realidade do seu processo de trabalho:

“[...] ter um manual devidamente publicado contemplando todas as categorias, todos os trabalhos, todos os manuais. [...] hoje o que nós temos é o ensaio do que deveria ser no futuro [...] genérico.” (auditor da esfera federal do município X).

“[...] realmente está muito bom no papel, mais na prática não funciona.” (auditor da esfera estadual do município X).

A publicação e reedição do Manual de Auditoria, com o objetivo de facilitar o cumprimento das normas e disposições relativas ao SUS, não têm sido bem avaliadas pelo corpo de auditores. Classificam o manual como genérico; na tentativa de abordar todo o processo de trabalho, não conseguem impactar como um referencial norteador para os auditores. Situação que parece corroborar com os princípios burocráticos da impessoalidade, previsibilidade e racionalidade, como se fosse possível uma reprodução autômata e engessada do que é proposto nesses manuais. Atualmente, os manuais têm

caminhado para o que foi proposto. A maioria dos participantes do grupo focal considerou a auditoria um processo ainda com a base em construção. A concepção geral era que, “a partir das partes, pode-se alcançar o todo” (auditores da esfera federal do município X).

Essa ação de elaboração de manuais mais específicos demonstra, apesar do não reconhecimento dos integrantes do grupo focal, um avanço fundamental para se construir orientações técnicas minuciosas, mas com vistas ao processo de auditoria como um todo. É a construção que integra a teoria a uma prática e não uma alienação teórica distanciada da prática. Esses tipos de abordagens evidenciam que a prática em auditoria do SNA, apesar do caráter atípico desse sistema e das limitações às quais está submetido, vem abrindo caminhos e demarcando o seu espaço como referência de fidedignidade e importância no exercício da auditoria em saúde.

O avanço da concepção de auditoria desenvolvida pelo SNA é inegável, principalmente no plano internacional. O Centro de Gestão Hospitalar da Colômbia (2000) afirma que ainda existem nações que ainda buscam centralizar a qualidade da atenção à saúde na competência profissional, através de certificação. Por sua vez, o SNA avança quando propõe: complementar as outras instâncias de controle e regulação; fazer levantamento das principais carências; estimar o impacto das ações de saúde; e traçar o perfil de utilização dos serviços para as mudanças necessárias no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde.

8.2 A fragilidade na interação dos três componentes do SNA

A criação do SUS e um novo arranjo federativo são avanços da Constituição de 1988, que resultaram em vários outros, no âmbito social e, principalmente, no campo da saúde. Entre eles, a regulamentação do SNA, com sua estrutura descentralizada.

No percurso histórico da legislação do SNA, observam-se tentativas de aprimoramento da estrutura e operacionalização do sistema, visando ao estabelecimento de relações mais próximas com os três níveis de gestão do SUS:

“[...] o SNA foi criado pela Lei 8080, [...] na Lei Orgânica da Saúde, [...] e depois, de uma forma bastante organizada, nos colocando perto do que vamos auditar... foi dividido em componente federal, estadual, municipal, com competência para cada esfera...” (auditor da esfera estadual do município X).

O modelo de descentralização do SNA induziu uma aproximação com as esferas de gestão do SUS, para um melhor controle das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, objetivando um impacto nos indicadores de oferta e acesso aos serviços. O Decreto 1651, em seu Art. 4, § 3º, estabeleceu que a estrutura e o funcionamento do componente federal do SNA deverão ser observados por estados, Distrito Federal e municípios, constituindo-se em modelo para essas esferas, para a organização e construção de objetivos. No entanto, segundo alguns participantes do grupo focal, a estrutura de funcionamento do sistema e a composição das equipes de auditoria apresentaram cursos diferentes nas três esferas do SNA: “olha... não houve um padrão para a organização das esferas... cada um organizou como pôde... a estrutura física e de funcionários” (auditor da esfera estadual do município X).

É possível identificar, nesse depoimento, conflitos que o federalismo e a descentralização têm enfrentado frente a um contexto de desigualdades. A influência

hierárquica e a proximidade com o governo central possibilitaram uma melhor estruturação na esfera federal. Sua estrutura de funcionamento foi planejada e, inicialmente, confeccionou-se um manual. O componente estadual do universo estudado adequou sua estrutura e força de trabalho de acordo com as condições disponibilizadas pela Secretaria de Estado da Saúde. O componente municipal foi criado em 1996; sua equipe foi integrada por servidores que, além de desempenharem a função de supervisão, acumularam a auditoria; assim, auditavam a estrutura pela qual eram responsáveis. As estruturas dos componentes estadual e municipal foram esboçadas de acordo com as exigências surgidas no exercício da prática em auditoria, a partir da elaboração de regulamentos. O sistema municipal, por sua vez, realçou a participação da assessoria jurídica nessa elaboração.

Apesar do princípio da descentralização do SNA buscar uma ação consociativa entre seus componentes, alguns entraves ainda se fazem presentes; geralmente, associados à diversidade política, social e financeira capaz de gerar ações não articuladas ou discordantes.

"De organização de sistema, nacional, estadual, municipal, isto não acontece [...] quem detém o poder é o DENASUS..." "olha... não houve um padrão para a organização das esferas... cada um organizou como pôde... a estrutura física e de funcionários" (auditor da esfera federal do município X).

"As esferas têm não só de atender as suas necessidades, mas também as necessidades dos menores e assim por diante, o que não vem acontecendo com frequência." "olha... não houve um padrão para a organização das esferas... cada um organizou como pôde... a estrutura física e de funcionários" (auditor da esfera estadual do município X).

"[...] do sistema nacional a gente tem a informação via Internet e tudo [...]". "olha... não houve um padrão para a organização das esferas... cada um organizou como pôde... a estrutura física e de funcionários" (auditor da esfera municipal do município X).

As concepções relativas à estruturação e descentralização do SNA distanciam-se do ideário federalista e descentralizador. Esse ideário implica um sistema complexo, no qual convivem diversos centros de poder, caracterizados por uma interdependência administrativa, financeira e política. A descentralização, ao estabelecer e delimitar os parâmetros de ação de cada esfera do SNA, de alguma maneira, restringe o poder ao órgão central do SNA, que é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS).

Os processos de descentralização do SUS, como também do SNA, apresentaram diferentes graus de descentralização administrativa ou política, resultando em variações na realização de suas ações ou serviços. Essa variação determinou uma configuração diferenciada, de acordo com o contexto organizacional e político local, apesar de regido pelos mesmos princípios normativos e organizativos do sistema. O contexto organizacional se vinculava às condições de estrutura, capacidade instalada, funcionamento da rede e programas existentes. E, algumas vezes, não era acompanhado de um consenso social, resultando em um distanciamento entre os seus meios e fins.

Essa distância pode ser percebida na fala de um integrante de um dos grupos focais:

“[...] nós somos três instâncias: estadual, municipal e federal, que trabalham independentes, nós não temos interação... alguma coisa está ocorrendo; de vez em quando ocorre da gente participar com técnico do estado em alguma atividade, mas, com o municipal, nunca, e também a estruturação tanto do estadual, quanto do municipal é muito precária; aí, eles ainda estão formando e nós estamos assim anos-luz na frente deles, em termos de organização, eles ainda estão precários; a qualidade do serviço deles é muito aquém do nosso serviço, eles têm praticamente uma auditoria assistencial voltada para médicos, enfermeiros; eles não fazem uma auditoria em conjunto com a contábil, igual aqui, com todos os técnicos, eles não fazem isto...”
(auditor da esfera federal do município X).

A estruturação do SNA, em três componentes, propunha dividir as funções e não apenas centralizá-las na esfera federal, através de normatização delimitadora nos âmbitos federal, estadual e municipal. Segundo depoimentos de alguns participantes dos grupos focais, essa descentralização se pautou e ainda se pauta, fundamentalmente, em uma divisão normatizada, entre as instâncias desse sistema, muitas vezes, não estruturadas institucional e administrativamente de maneira adequada. Situação similar parece estar relacionada às três esferas no domínio nacional, contatado a partir da sinalização, em grande parte, dos questionários respondidos: não existe uma integração entre os três componentes. Observa-se, então, uma articulação pouco efetiva entre os componentes das três esferas gestoras do SUS.

Apesar das duas edições do Manual de Normas de Auditoria (BRASIL MS, 1996; BRASIL MS, 1998) explicitarem vínculos de cooperação técnica e de desenvolvimento de ações integradas nas atividades de auditoria desenvolvidas nas instâncias de gestão (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde), através de seus níveis de execução (Central, Federal/Local, Estadual e Municipal), esse mesmo manual apresenta ainda uma busca pela articulação dos três componentes do SNA, quando institui as Divisões de Auditoria (DIAUD) como órgão de interligação da Coordenação Geral de Controle, Avaliação e Auditoria (CAUDI), nível de execução central. No entanto, essas tentativas não conseguiram efetivar a integração e cooperação técnica entre as três instâncias.

As diferenças organizacionais assinaladas, além de se relacionarem às diversidades econômicas, políticas e sociais presentes no amplo território brasileiro, também sofrem influência política, geralmente, advindas do controle exercido, por

muitos governadores, sobre as instituições estaduais. A consequência imediata dessa situação é a consolidação de uma relação entre estados e municípios minimamente receptivos a questionamentos. Acrescenta-se, ainda, um maior número de atores políticos e sociais participando do processo de formulação, implementação e controle das políticas públicas, sem levar em consideração a participação do poder central. Essa multiplicidade de atores no processo de decisão política, bem como a proximidade do cidadão a esse tipo de decisão, é a tradução da existência de uma democracia participativa. Mas, um processo de descentralização exige, também, uma convivência harmônica e interativa entre os componentes do SNA. Contudo, a interação entre as três esferas do SNA parece fragilizada, como se pode apreender na fala abaixo:

“[...] não existe [...] a integração ideal que nós gostaríamos que acontecesse, inclusive a realização de trabalhos em conjunto, como nós já tentamos várias vezes, mais tem muita dificuldade nesta interação e operacionalização. Até porque, se as nossas condições não são as melhores e não são as ideais, as deles é muito pior: a diária é mais baixa ainda, falta combustível, falta recursos, o salário deles é um pouco aquém, é até mais baixo do que o nosso. Então fica muito difícil nivelar três esferas totalmente opostas, [...] se não houver o investimento da esfera federal, o município e o estado não terão recursos, se não tiverem também interesse em formatar, não há interesse político... alguns aproveitam da sua influência [...]. Não existe uma base cooperativa definida... a nossa integração... não existe... ou posso dizer que é super frágil.” (auditor esfera federal do município X).

Uma boa integração entre as três esferas do SNA exige ações cooperadas, uma adequada coordenação e a interdependência entre elas, além de um controle recíproco entre os componentes desse sistema, as ações realizadas por cada componente assegura a autonomia de cada um e evita, assim, a concentração do poder. As dificuldades para isso coincidem com a persistência das grandes desigualdades territoriais, repercutindo em discrepâncias administrativas e financeiras.

Essa diferenciação é ampliada quando alguns estados ou municípios procuram tirar vantagens da sua posição no sistema federativo e na descentralização. Essas vantagens, de um modo geral, são originárias, como já sinalizado acima, da influência de muitos governadores. Todo processo de descentralização deve ser concebido de forma sensível às características demográficas, geográficas, econômicas, sociais e culturais de cada região. No campo da saúde, a essas características soma-se a situação epidemiológica. Somente assim, esse processo se configurará como uma estratégia de modernização para promover mudanças na cultura administrativa, com a inserção de novos atores e uma melhor distribuição e adequação financeira.

Essa integração delega um enorme desafio ao SNA, ao reconhecer e adequar a sua estrutura à diversidade econômica, política e social do país, explícitos no amplo território brasileiro, e também às instâncias nas quais se subdivide, com seus poderes autônomos, evitando superposição ou negligência de poderes. E, sobretudo, ao reconhecer, ainda, a necessidade de uma apropriada demarcação de poder em uma escala hierárquica vigente e a existência de esferas estaduais e/ou municipais que se posicionam, comodamente, apenas como receptoras de atribuições ou meras executoras de políticas engessadas.

Os auditores, no âmbito estadual e municipal, parecem julgar a interação entre eles e com o DENASUS da seguinte forma:

“[...] a gente não tem comunicação direta nenhuma com eles, às vezes, tem as cobranças do ministério [...] mas ninguém não tem nenhum setor de auditoria que hierarquicamente é superior ao nosso, que venha pedir alguma coisa, a gente só responde ao secretário e ao estadual de saúde... não se trabalha para atingir um objetivo comum.” (auditor da esfera municipal do município X).

“[...] faltou rito lá do ministério até o município...” (auditor da esfera municipal do município X).

“[...] as coisas vêm de cima para baixo... o DENASUS pensa que coordena as ações dos outros componentes... não há trabalho conjunto...” (auditor da esfera estadual do município X).

“[...] O sistema nacional permite algumas coisas, mas, às vezes, não atende à necessidade, a secretaria cria um sistema que atende às necessidades dela, mas às vezes não contempla a auditoria. E muitas das vezes é difícil você conseguir essa informação, porque as pessoas não estão com o pensamento em auditoria, na hora de fazer o sistema. Eles têm que fazer o sistema também para a auditoria. [...] quem não sabe o que procura, dificilmente entende o que encontra. Então, você fica meio perdido.” (auditor da esfera federal do município X).

Como pode ser visto, a fragilidade da interação entre os três níveis do SNA é ressaltada pelo corpo de auditores do âmbito estadual e municipal, e também expressa nas respostas aos questionários enviados a todos os componentes presentes nas capitais de estado e no Distrito Federal (Tabela 10):

TABELA 10 – Articulação entre as três esferas do SNA

Esferas	Sim		Não		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
DENASUS	5	63%	3	38%	8	100%
ESTADUAL	10	77%	3	23%	13	100%
MUNICIPAL	4	50%	4	50%	8	100%
Total	19	66%	10	34%	29	100%

Os dados da tabela acima contradizem a percepção dos grupos focais de que não existe um trabalho integrado no âmbito do SNA. A partir dela, pode-se inferir que, para os responsáveis técnicos dos componentes estaduais desse sistema, no âmbito nacional, existe um trabalho articulado entre os três componentes (76,92%). Como também no DENASUS, onde essa interação também é alta (62,50%). Nas esferas municipais, 50% dos responsáveis técnicos acreditam que existe um trabalho integrado,

e 50% julgam que não. Essa visão do município parece indicar que a inadequação do princípio da descentralização não proporciona uma interação apropriada entre os diversos níveis, sendo que o mais distante do poder principal fica se sentindo excluído do poder de decisão e participação.

A consequência dessa falta de comunicação entre os três níveis é a adoção de ações isoladas, e a sua demarcação dentro de um escopo burocrático. Cada esfera do SNA seria responsável pela implementação de determinada política, sem se vincular ao objetivo geral desse sistema. Corresponde a uma estrutura hierárquica, na qual os sujeitos da ação se submetem à mesma, como “meros” executores, e distanciam-se do paradigma da nova gestão pública. A implementação de uma política de alta complexidade, como é o caso do SUS, demanda arranjos institucionais. O SNA – mesmo responsável pelo controle interno do SUS – reproduz o emaranhado desse sistema. E ainda exige a cooperação entre os três níveis do SNA, além da participação de outros órgãos, com políticas específicas para oferecer sustentabilidade ao objetivo geral desse sistema, de maneira a garantir a qualidade das práticas em saúde e a eficiência na utilização dos recursos financeiros.

A descentralização do SNA impôs à instituição a formalização de procedimentos, formulários e documentos. O diálogo entre as três esferas é viabilizado através de comunicações escritas, sustentando-se no caráter formal da burocracia. A comprovação das ações e procedimentos é repassada às esferas através de documentação. Uma outra característica burocrática que direciona as ações da auditoria é o caráter objetivo dos documentos elaborados, para assegurar uma interpretação unívoca. As rotinas e formulários procuram facilitar as comunicações e rotinizar o

preenchimento, facilitando, assim, a integração entre os três componentes. No entanto, o que se vê é uma preocupação voltada para a elaboração desses documentos e rotinas, ao invés de se buscar socializá-las e melhorar a integração entre as esferas.

A descentralização no sistema de auditoria se configura como uma maneira de dividir, racionalmente, as suas atividades, em consonância com o formato metodológico preconizado pela burocracia. A eficiência dos processos de auditoria se sustenta em uma sistematização de ações baseadas em deveres e naquilo que é de direito; deveres e direitos que também serão alvo de investigação junto ao objeto para o qual estão voltadas as ações de uma auditoria. Para isso, as atribuições de cada esfera ou auditor devem ser estabelecidas de maneira clara e objetiva. Caso contrário, a sua integração permanecerá fragilizada, demonstrando uma administração auto-referida. E poderá ter repercussões como: a falta de sincronia e diferenciação nas incumbências administrativas e interposição de ações das esferas e de outros órgãos de controle interno ou externo, pois as atividades não são realizadas para provocar resultados e mudanças, mas para significar mais uma unidade de ação. Essa situação serve como parâmetro de competição entre os três níveis, e não apenas para produzir resultados concretos e significativos para o SUS.

Apesar de alguns autores sinalizarem uma relação entre competitividade e melhoria na qualidade dos serviços públicos, a não especificação clara das atividades e funções entre os três níveis do SNA caracteriza uma das disfunções da burocracia, enquanto a competição entre os órgãos se aproxima da estrutura burocrática, como uma maneira de supervalorizar o aparato estatal que envolve determinada política sem se preocupar com os fins delineados para a mesma.

A descentralização do SNA, de acordo com vários depoimentos, se coaduna com a concepção de descentralização caracterizada como desconcentração. Modalidade que dividiu o SNA em menores unidades de gestão, para facilitar a sua operacionalização, relacionando as mesmas aos níveis de gestão do SUS. Essa desconcentração promove a aproximação das esferas do SNA aos contextos em que ocorrerão as auditorias. No entanto, dois fatores têm provocado o fortalecimento das relações impessoais entre essas esferas. Um deles é a desconcentração constituída apenas no âmbito das ações, sem contemplar o domínio dos poderes. O outro se relaciona com a não-estruturação de vínculos colaborativos entre as três esferas. Dessa forma, as relações passam a ser estabelecidas segundo critérios hierárquicos, sem compromissos mútuos no sentido de alcançar o objetivo proposto para o sistema. Essa impessoalidade coincide com o caráter anônimo da estrutura burocrática, e com a centralidade do poder, representado por uma maior disponibilização de recursos à esfera federal, o que facilita, de certa maneira, a função de controle por essa esfera de maior nível hierárquico. Essa característica impessoal se evidencia ao se verificar a proposição de rotinas, que não contempla um trabalho conjunto dos três componentes responsáveis por um objetivo comum. Isso é explicitado por alguns integrantes dos grupos focais, da seguinte maneira:

“[...] Essa questão da padronização das rotinas, de protocolo, esse fortalecimento de sistema federal, estadual, municipal, tudo isso é de uma seriedade muito grande para continuar sendo tratado dessa forma, pois o que a gente vê é um enfraquecimento do sistema. Às vezes, nos tranquilizam, falando que não é bem assim, pois cada vez mais temos feito mais auditorias.” (auditor da esfera estadual do município X).

Em um sistema que opta pela administração burocrática, a racionalização das ações se torna fundamental. Para isso, elaboraram-se leis, decretos e regulamentos, de

maneira a estabelecer rotinas e procedimentos técnicos para cada componente. Entretanto, o que se assiste é uma submissão da conduta a essas normas – não flexíveis –, assinalando o que alguns autores caracterizam como uma das disfunções burocráticas, apesar de se procurar uma aproximação do modelo de administração proposto pela nova gestão pública, na qual a racionalidade prima pelo condicionamento e treinamento que, embora sejam recomendados em relatórios de gestão e documentos como instrumentos fundamentais para o DENASUS, não têm sido colocados em prática. E, como bem sinalizou o grupo, há um enfraquecimento da estrutura do sistema, que não tem se preocupado em realizar trabalhos conjuntos ou de forma cooperativa.

Centralizar os avanços no aumento numérico das auditorias seria negligenciar a necessidade de se reconhecer o impacto gerado por essas auditorias, demonstrando uma concepção puramente gerencialista, que acomoda uma preocupação do sistema com os resultados, mas apenas em termos de produtividade.

A avaliação de desempenho é uma ferramenta da nova administração pública gerencial e não se propõe a vincular-se apenas à produção numérica; baseia-se, antes, em indicadores capazes de sustentar o alcance dos objetivos propostos por determinada política. Esses indicadores demandam processos e objetivos bem delineados. Em relação ao SNA, um participante de um dos grupos tem a seguinte percepção:

“Há pouco tempo eu fiz uma auditoria em um município [...] o Ministério da Saúde tinha acabado de fazer uma auditoria que tinha começado no ano passado e terminou agora, e eu tive que fazer ela em uma semana. [...] não houve uma interligação, parece que é falta de vontade política, com isto, nós gastamos diárias, tempo, um monte de coisas que poderia estar cobrindo uma outra coisa, um outro tipo de serviço, quer dizer então não tem essa ligação, um planejamento prévio entre as auditorias.” (auditor da esfera estadual do município X).

Essa condição demarca algumas conseqüências da prescrição de rotinas hierarquizadas e, de certa maneira, desarticuladas, gerando definições pouco claras quanto às responsabilidades de cada componente e viabilizando a superposição de ações nos três níveis do SNA. Essas, por não estarem claramente explicitadas, se tornam comuns a todos os níveis do sistema e, sendo de todos, não é de ninguém. A falta de transparência nas ações de cada esfera se torna, também, um dificultador para a utilização de ferramentas de avaliação de desempenho que poderiam assinalar a relação dessas ações com os propósitos tanto do SNA como de suas esferas.

Diferentemente do ideal burocrático, o modelo ideal de descentralização seria aquele em que a política de controle do SNA fosse subsidiada através de seus três componentes. Para isso, cada um deles teria a sua capacidade de gestão ampliada e, a partir de sua realidade local, estabeleceria objetivos específicos que atendessem a sua necessidade e desse suporte ao objetivo proposto na regulamentação do SNA. Nesse sentido, as esferas do SNA deixariam, progressivamente, de ser meras executoras de funções designadas e exerceriam suas atribuições com autonomia, promovendo processos de auditoria articulados com o contexto no qual estão inseridos, com base em um bom gerenciamento dos recursos repassados e nos modelos de gestão vigentes. Dessa forma, ele possibilitaria a reorganização das ações e serviços de saúde com um modelo de atenção marcado pela qualidade. Para isso, são necessárias a tomada de decisão e a autonomia administrativa e política, definidoras das funções e capacidades técnicas dos três níveis do SNA, bem como de seu corpo de auditores.

Uma das maneiras para se melhorar o controle interno do SUS seria estabelecer, de forma ampliada e otimizada, o fluxo de informações entre as três esferas

do SNA, procurando socializá-las e contribuindo para a construção do que é chamado, por Jacobi (1990), de “memória institucional”. A cooperação entre os componentes busca a consolidação das ações, assumindo a captação de objetivos comuns e ultrapassando a noção de simples transferência de responsabilidades do SNA para os seus componentes. No entanto, o baixo poder para a tomada de decisão, no âmbito local, associado às dificuldades estruturais, caracterizam a seguinte situação:

“[...] cada componente ele se estrutura da forma que ele acha que deve [...] se ele realmente dá mais valor ou menos valor, ele estrutura mais ou menos. Ainda mais quando é no município... Não tem uniformização desse sistema [...] em componente nenhum... isso não leva ao desenvolvimento... isolados... não temos voz nessa imensidão que é o SNA e o SUS... então, consideramos que não estamos sendo eficazes.” (auditor da esfera municipal do município X).

Esse relato indica que, apesar de o princípio da descentralização visar à melhoria do controle interno do SUS, aproximando-se do modelo da nova gestão pública, algumas impossibilidades se fazem presentes. Assinala-se também, a falta de perspectiva de desenvolvimento, pois, quando se aproxima do contexto local, não se concretiza, devido a sua participação ser pouco viável, no plano deliberativo. Na prática, mesmo no nível federal, não se tem concretizado sistemas de avaliação para a identificação *in loco* sobre os impactos gerados pelos processos de auditoria, como o que vem sinalizando os relatórios do DENASUS. Assim, seria prematuro afirmar que esses processos têm proporcionado melhoria da qualidade dos serviços prestados e/ou adequação dos custos. O que se pode perceber é que entraves como o baixo poder decisório local e a escassez de recursos têm sido relacionados à baixa eficácia.

Permeabilidade para maior participação de agentes de diversos níveis e grupos é uma das exigências na administração pública gerencial, devidamente garantida no

princípio da descentralização. Essa seria uma maneira adequada de garantir a democracia participativa e ampliação dos núcleos de decisões políticas, proporcionando, ainda, maior proximidade junto aos cidadãos.

A definição clara dos objetivos de uma política – um dos princípios básicos da administração pública gerencial – procura responsabilizar o gestor por ações a serem desenvolvidas. Com a descentralização, essa responsabilização se torna mais consistente, pois a proximidade parece acentuá-la, dando maior concretude e compartilhamento direto com os sujeitos da ação. O princípio da descentralização, teoricamente, garantiria autonomia para a gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros. Por fim, poderia associar-se à proposição da administração pública gerencial. De alguma forma, a delegação da auditoria, nas três esferas, tem induzido a um modelo de competição administrada no interior do próprio Estado, isto é, entre as três esferas do SNA, conforme também é proposto pela administração de perspectiva gerencial.

Um dos relatos procura sintetizar essa realidade do SNA:

“O papel aceita tudo... mas a crise é de recursos humanos, é de estrutura, de organização e método, como é que a gente ia atuar, qual é a metodologia que a gente realmente ia fazer, a competência do Estado é esta, as estruturas de normas e rotinas, de protocolos, que a gente percebe que é muito pobre ainda, existe, por exemplo, estas competências mais de uma forma muito generalizada, você não tem um protocolo falando especificamente, destrinchando, detalhando, padronizando, então, se realmente estivesse padronizado, eu nunca ia chegar lá e encontrar o SEAUD. O SEAUD está ali [...], e eu estou aqui, qual é a distância física entre estes dois setores? [...] está muito bonito no papel, na prática, é outra coisa, não existe esta hierarquização, porque hierarquia quer dizer também que você se comunica, porque existe comunicação e nós não temos esta comunicação [...] avanços e dificuldades neste tempo em que eu estou aqui, estão extremamente relacionados às gestões.” (auditor da esfera estadual do município X).

Esse depoimento demonstra a grande dificuldade de se instaurar modelos que optam por uma racionalidade extrema e, por isso, não conseguem sair do papel e efetivarem-se na prática. Um sistema baseado, principalmente, em princípios burocráticos e que se propõe descentralizar sem condições financeiras e estruturais, acaba por realçar as disfunções da burocracia. Desse modo, a exigência de controle nortearia as atividades do SNA. Perante a extensão territorial e diversidade econômica e social brasileira, ela colaboraria para a instituição das disfunções burocráticas como: autoridade dividida; autonomia duvidosa; internalização das normas com excesso de formalismo; dificuldades de relacionamento com as demais esferas; e a superposição de ações, com custos elevados. O rigor do referencial burocrático idealizado por Weber não possibilitou prever essas disfunções, consolidando um modelo verticalizado e pouco articulado.

Apenas a tomada de decisão nos moldes atuais, no âmbito federal, estadual ou municipal, e a existência de uma política nacional de saúde não são elementos suficientes para que se concretize o princípio da descentralização. Parafraseando Luchesse (1996), a descentralização do SNA somente se consolidará a partir de um efetivo controle social que contribuirá no processo decisório relativo a esse sistema, com maior flexibilização de suas ações e influências particularistas. De acordo com a percepção de um dos auditores:

“[...] só vai acontecer, quando as coisas tiverem mudado de base, quando as secretarias municipais tiverem forças, tiverem um conceito forte, tiverem um corpo técnico forte, não influenciadas por particularismos... questões que não medem e não enfraqueçam o sistema todo. Então, neste sentido, não só a auditoria, mas o SUS.”
(auditor da esfera municipal do município X).

As dificuldades, acima assinaladas, para a consolidação da descentralização do SNA e a integração substanciada entre os seus componentes ainda se constitui em um desafio complexo, envolvendo o campo da saúde. Essa dificuldade vai ao encontro do pensamento de Lindblom (1981), quando aponta a existência de uma relação não tão direta entre o que é formulado para uma política pública e o que realmente consegue ser implementado. Vários fatores corroboram para essa situação. Entre elas, destacam-se as informações e estratégias contraditórias que desviam a política da direção anteriormente traçada; recursos insuficientes para atender às necessidades; e exigências de estabelecimento de prioridades. Acrescenta-se, também, a ilusão dos burocratas com os incentivos pessoais. Assim, faz-se necessária a introdução de mecanismos ampliadores do espaço de participação da comunidade, no processo de tomada de decisão, incorporando os diversos interesses e capacidades.

Em síntese, para que a descentralização do SNA congregue a integração dos diversos níveis federativos deve se centrar na busca de maior eficiência e democratização, a partir de ferramentas que viabilizem a coordenação de ações e, de políticas compensatórias. Seguindo os princípios que sustentam a teoria da Construção de Esfera Pública, como *accountability*, equidade, justiça, participação política e transparência. Diante da diversidade de obstáculos ao fortalecimento da integração dos três componentes do SNA faz-se necessário um melhor direcionamento para uma gestão descentralizada e participativa, além de uma maior governabilidade setorial. A constituição de ações coordenadas, entre os três componentes do SNA, poderia se articular a partir da lógica não hierárquica, em que cada um, ao possuir competências próprias, pode exercê-las diferenciadamente (Vigor Rui-Gallegos, 1990).

8.3 A relação controle interno e controle externo

A relação entre controle interno e controle externo é uma ação social, para Weber (1982), objeto da sociologia, é a possibilidade de comunicação entre órgãos, através de parcerias intra e interinstitucionais de áreas afins, com o objetivo de otimizar as ações e serviços, evitar a superposição de ações e fortalecer o SNA. Para se alcançar esses objetivos é necessário ter uma clara identificação da ação que envolve essa parceria, além de compreender o sentido dessa e a explicação dos seus efeitos que essa parceria pode promover. Essas parcerias constituem-se, também, com outros órgãos do Ministério da Saúde e do poder executivo, além daqueles vinculados ao poder legislativo. A Constituição Federal legitima essas parcerias em seus artigos (70 a 75). O controle interno do poder executivo deve ser realizado por órgãos do próprio executivo, administrando e fiscalizando a sua gestão. Por sua vez, o controle externo é exercido pelo legislativo, com o apoio dos tribunais de contas.

O controle interno integra as atividades da administração pública, compõe sua estrutura administrativa. Os responsáveis pelo controle fazem parte do quadro de pessoal dessa administração. Dessa maneira, se subordina ao titular do órgão ou entidade administrativa. Tem como função a verificação dos atos em execução, em uma vertente preventiva, opinativa ou corretiva; envolve a verificação da conformidade da organização e de seus dados contábeis, visando à obediência às diretrizes administrativas estabelecidas e à eficiência operacional. Já o controle externo tem autonomia para verificar as ações e o seu grau de confiabilidade, além de controlar a eficiência e a eficácia dos controles internos. O grau de confiabilidade depositado nas ações relativas aos controles internos determinará a amplitude e natureza do controle

externo a ser executado. Segundo Mota (1988), quanto maior a confiabilidade, menor será a magnitude da auditoria externa.

A primeira parceria formalizada do SNA com outros órgãos do Ministério da Saúde foi instituída no ano de 1998, realizando, com a Secretaria de Vigilância Sanitária e secretarias estaduais e municipais de saúde, uma auditoria diagnóstica em 390 unidades hemoterápicas do SUS. Totalizaram-se 158 relatórios parciais de auditorias. Esse tipo de parceria não foi mencionado nos grupos focais.

Os grupos fizeram referência apenas às parcerias realizadas com os órgãos de controle externos ao Ministério da Saúde. Nesse caso, a primeira parceria formal foi estabelecida, no ano de 2000, através do Ministério da Saúde com o Ministério Público Federal. Em 2004, a Portaria nº 68, da Controladoria Geral da União (CGU) constituiu a parceria do Ministério da Saúde/DENASUS com a CGU, procurando instituir ações conjuntas de verificação e fiscalização, a partir de sorteios públicos relativos à época e localidade. Posteriormente, outras parcerias foram criadas com outros órgãos de controle externo, como ministérios públicos estaduais e Tribunal de Contas da União.

Como já assinalado, vários desafios se fazem presentes para uma efetiva integração entre as três esferas do SNA, o que resulta em uma relação fragilizada entre as mesmas, gerando uma profunda desarticulação nas ações. De acordo com a percepção de um dos participantes de um dos grupos focais, a relação do SNA com o controle externo tem-se dado da seguinte maneira:

“[...] no meio da auditoria nossa em um município, a gente percebe ou fica sabendo que há um mês atrás ou há pouco tempo atrás, aquele município foi auditado [...] pela própria CGU, ou até pelo próprio Tribunal de Contas. (auditor da esfera federal do município X).”
(auditor da esfera federal do município X).

É possível verificar a reprodução dos entraves relativos à descentralização do SNA, no cenário de conexão do controle interno/controlado externo. A ausência de ações coordenadas vem repercutindo de maneira contrária à otimização de suas ações e serviços. A consequência, mais uma vez, é a superposição desses. A parceria visa ao fortalecimento do SNA, sem comprometer-lo. Uma vez que não são viabilizados espaços para a construção de soluções conjuntas, constata-se a presença de impasses com os quais o SNA vem se defrontando em relação às não conformidades. Apesar da existência de um trabalho mais próximo com o Ministério Público, nos níveis federal e municipal, conforme sinaliza um auditor: “a gente vê o Ministério Público muito presente, solicitando muita coisa aqui para a secretaria, da auditoria, a questão do estado, da regional, então eles estão sempre solicitando” (auditor da esfera estadual do município X).

A relação do controle interno com o externo, no nível federal, é mais consolidada com o Ministério Público e CGU, pois reconhecem o DENASUS como especialista em auditoria em saúde. Essa relação é, praticamente, inexistente com o Tribunal de Contas. No âmbito estadual, houve um início de trabalho conjunto, com a CGU, acerca do Fundo Municipal de Saúde, em que os auditores ressaltam o valor relacionado à troca de experiências; a CGU só as possui em termos de fiscalização, e o componente estadual, em auditoria. O processo se constituiu de forma conjunta, mas os resultados, através da emissão de relatórios, não foram socializados pela CGU. Esse componente não tem uma articulação do seu controle interno com o Ministério Público, Tribunal de Contas ou com a Auditoria Geral do Estado. Já na esfera municipal, o estabelecimento de alianças se deu apenas com o Ministério Público. A falta de interesse por parte do Ministério Público com o nível estadual é assim assinalado:

“O Ministério Público, eles fizeram um concurso, tem um ano e meio, mais ou menos, eles contrataram [...] um monte de contadores e eles estão fazendo papel de auditoria também. Então, não tem experiência, porque a contabilidade da saúde é outra contabilidade, porque ela tem que se adequar às leis do SUS – 8080, 8142 e outras. Quer dizer, eles não têm estas experiências ainda, há pouco tempo nós tivemos, em Divinópolis, a pedido da promotora pública de lá; quando chegamos lá, já havia uma contadora do Ministério Público estadual, já há três meses, dentro do município, da Secretaria Municipal da Saúde, fazendo o levantamento sobre a emenda constitucional. Mas quando nós chegamos, ela não tinha chegado à conclusão nenhuma ainda [...].”

A importância dessas parcerias é inegável para uma melhor condução dos processos de auditoria. Há possibilidades de um compartilhamento de experiências, como pontuado pela esfera estadual em relação à CGU. Mas essa esfera percebe uma falta de interesse, por parte do Ministério Público, em realizar ações conjuntas. A preocupação com o desconhecido fez com que o Ministério Público elaborasse um documento pontuando o que é o SUS, seu aporte legal e as principais realizações, servindo de suporte às suas ações. Os auditores do nível federal reconhecem a importância desse documento para a socialização de informações sobre o SUS. No entanto, vale lembrar que a elaboração desse documento não pode ser suficiente para se conhecer as rotinas do SUS. Ele significa apenas uma descrição concisa, o seu funcionamento, demarca e reproduz apenas o aparato proposto por um órgão governamental. A consequência disso, diante da falta de experiência, é o desperdício de recursos e, possivelmente, uma sobreposição de ações.

No entanto, para os componentes federal e municipal, o Ministério Público, Tribunal de Contas da União, Controladoria Geral da União reconhecem as ações do SNA: “nós, para [...] o Ministério Público, TCU, CGU, somos os especialistas da auditoria em saúde” (auditor da esfera federal do município X).

Essa fala demarca um ambiente propício para o auditor em saúde se constituir como um especialista nesse campo, refletindo o ideal burocrático no qual se assinala a existência de profissionais que se especializam em gerir alguma função pertinente a determinada organização. Mas, uma disfunção desse ideal determina que a especialização não pertence ao funcionário, mas sim à organização. Assim, por mais que os funcionários de outro órgão, não relacionado ao SNA, sejam capacitados suficientemente para realizar auditoria em saúde, eles não serão considerados um especialista, pois o principal objetivo do órgão ao qual se vinculam não coincide com o objetivo do SNA.

No entanto, um dos participantes dos grupos assume uma posição de *mea culpa* em relação ao exercício da auditoria por outros órgãos que não o SNA:

“Quando você está falando de Controladoria Geral da União, quando você está falando de promotoria pública, você não está falando de SNA, mais essas pessoas estão fazendo ações que talvez não sejam da alçada delas, mas, com certeza, é da nossa alçada e, com certeza, a gente carrega uma de incompetente. E, por isto, as outras pessoas, os outros órgãos, acabam assumindo essas ações, porque a gente não tem estruturas em todos os três níveis; eu acho que não precisaria talvez da ação deles, no que se refere à saúde, se a gente conseguisse realmente cumprir o nosso papel da forma que deveria ser cumprido.” (auditor da esfera federal no município X).

Evidencia-se, assim, que as parcerias são entendidas como mecanismos para ocupar as lacunas oriundas da deficiência na estrutura do SNA. Essa ponderação demarca o ideário da competição administrativa, pelo qual algumas instituições, por estarem estrategicamente em posições de maior poder, têm condições de assumir os espaços deixados por outras com menor poder. Esse tipo de competição se aproxima da estrutura burocrática. Que além da rigidez imposta pela estrutura gerencial de cada órgão, supervaloriza o aparato estatal que envolve determinada política, sem se

preocupar com os fins delineados. Assim, a operacionalização das ações não é facilitada, o entrosamento é inadequado e o alcance dos objetivos pré-definidos é prejudicado. Faz-se necessária a adoção de parcerias ávidas por uma cooperação mais equilibrada e menos seletiva, criando condições para uma regulação mais adequada e participativa entre controle interno/controlado externo.

Conclui-se que as parcerias do SNA com órgãos do Ministério da Saúde e com outros, de controle externo a esse ministério, devem assumir um caráter menos focal e compensatório, adotando uma categoria de parceira integrada e cooperativa, com competências específicas e voltadas para um objetivo comum: o controle dos recursos financeiros associados à qualidade das ações e serviços prestados. Isso refletiria o desafio de encontrar equilíbrio favorável entre autonomia, responsabilidade e controle dessas instituições que se propõem a realizar auditoria compartilhada com a política nacional de saúde.

8.4 O controle social e o SNA

A criação dos conselhos de saúde, no início da década de 1980, demarcou a instituição de espaços para a concretização do controle social, no campo das políticas de saúde. Entretanto, o seu processo de democratização se constituiu de maneira diferenciada nos municípios. Ainda se evidenciam conflitos pela legitimação da representação popular, do estabelecimento de poderes de decisão baseados no conceito de paridade vigente, além dos esforços para a composição dos conselhos. Esses obstáculos, em relação ao controle social, aproximam-se da percepção de alguns integrantes dos grupos focais:

“Outra questão, que não posso deixar de comentar, [...] é o controle social, que acredito ser uma excelente forma de regular a qualidade de nossos serviços, mas que parece ainda distante da nossa realidade, não há interesse em instituir esse poder, que parece ameaçar a ação dos que possuem o poder de governar, ao não representar seus interesses... além da população não saber do seu direito de opinar...” (auditor da esfera federal do município X).

Situação também constatada por Dagnino (2002): é a “luta institucional *versus* mobilização social”. Observa-se que o controle social não tem sido representativo no processo de auditoria. O desconhecimento dos direitos e a contaminação dos interesses políticos vinculados à instância de poder nos conselhos, conseqüentemente, privilegiam os interesses dos dirigentes do município e não da população. Convive-se, ainda, com o ideal burocrático weberiano, onde as leis cumprem a formalidade de sustentar a estrutura estatal; a finalidade dessas leis encerra-se em si mesmas.

Em termos de representação popular, no campo das políticas de saúde, no Brasil, segundo alguns dos auditores pesquisados, traduz-se pelo seguinte depoimento:

“Eu acho que existe esta questão do controle social, o controle da base, quer dizer, a partir do momento que você tivesse um país politizado, um país consciente de direitos, que fossem assim, os nossos auxiliares na questão do controle desse sistema, a gente ia estar no céu. [...] a coisa vem é de baixo para cima, quer dizer, nós estamos na esfera de cima para baixo, nós ainda trabalhamos na esfera hierarquizada, a secretaria vai, a secretaria faz, audita, verifica, multa, a secretaria é isto, aquilo, aquilo outro. E, quando você vai ver [...] não existe esta questão do controle social, quando se fala em Conselho de Saúde [...] não é representativo, os membros que estão lá não foram eleitos, não foram tirados na assembléia dos municípios, são indicação de políticos [...] de prefeitos. É uma verdadeira baderna, porque a gente vê claramente a instância de poder do Conselho não é da população, é de dirigente do município, e isto aí é direto, não de forma homogênea. [...] metas que são traçadas pelo Conselho, elas não se baseiam em necessidades populacionais... em dados epidemiológicos, [...], elas não se baseiam em nada. [...]” (auditor da esfera estadual no município X).

O controle social tem sido reconhecido como um auxiliar importante para o controle do SNA, todavia, a sua representatividade é silenciada pelos interesses dos dirigentes municipais. Assim, um dos auditores realça que a “voz” da população apenas reproduz o desejo daqueles que os indicaram para o conselho municipal:

“[...] eu acho que a coisa complica mais ainda para todo o sistema da saúde, porque não temos pernas para colocar um tentáculo em cada município. Para ficar: olha, atenção comunidade, tem que reivindicar os direitos, olha aqui, através do estudo epidemiológico de vocês, vocês não estão precisando de uma tomografia computadorizada, vocês estão precisando é de ação básica, vocês estão precisando é de saneamento, [...] existe uma necessidade para o controle social ser uma coisa mais séria, mais organizada [...]” (auditor da esfera estadual no município X).

A responsabilidade delegada ao controle social, além do compromisso com um sistema de saúde resolutivo e equitativo, assume a posição de cooperar, efetivamente, no processo de descentralização do SNA. Fato favorecedor do exercício do poder local nos conselhos de saúde, por meio de maior participação dos seus integrantes na tomada de decisão de políticas de saúde que privilegiam as necessidades locais. Para isso, os usuários do SUS devem atuar ativamente na constituição dos interesses públicos e, assim, resgatá-los como base para a formulação e implementação das políticas públicas responsáveis, cuidadosas e éticas.

A importante colaboração dos conselhos no controle social, mencionada pelos auditores pesquisados, está associada à melhoria da qualidade das ações e serviços prestados pelo SUS. Demonstra, ainda, o seu fortalecimento institucional. No entanto, a complexidade das negociações envolvidas nesse espaço pode transformá-lo em um aparato estatal burocrático, que não reconhece o controle social como seu parceiro, desvirtuando-o de um modelo de democracia e influência nas reformulações necessárias às políticas de saúde.

Um mecanismo facilitador do controle social foi, como já mencionado, a implantação da página do SNA na Internet, em agosto de 2004.²² Instituída como uma ferramenta, tornou-se importante elemento na democratização das informações específicas aos processos de auditoria do SUS. Tornar públicas as ações e decisões do SNA é fundamental para facilitar e ampliar a força do controle social.

O SNA, como órgão de controle, aponta a necessidade de compartilhamento com o controle social. Dessa forma, acredita que a “voz ativa” da comunidade representa, com fidedignidade, as suas necessidades e demandas. A integração desses controles, na defesa de interesses coletivos, visa, em última instância, à eficiência de recursos e qualidade das ações e serviços do SUS, certificando a saúde como direito público, conjugada a um exercício ético e eficaz dos gestores responsáveis pelo campo. A participação do controle social deve estar presente em todas as etapas que envolvem o processo de auditoria do SNA. Desde as demandas de auditoria e o estabelecimento das prioridades devem ser tratadas no âmbito dos Conselhos de Saúde.

8.5 A concepção do resultado em auditoria, por parte do SNA

Buscando ultrapassar a rigidez característica da administração burocrática, a nova gestão pública introduziu a lógica dos resultados – avaliação *a posteriori* do desempenho das políticas instituídas. Ela procura avançar em direção à flexibilidade; estabelecer metas permeadas pelos novos desafios econômicos e políticos; e fortalecer o controle social. Controle esse responsável pela fiscalização do processo de tomada de decisão e pelo acompanhamento das práticas dos representantes políticos. Dessa maneira, entende-se que essa lógica possa contribuir para a concretização dos princípios

²² Ver <<http://sna.saude.gov.br>>.

da eficiência, eficácia e efetividade na tomada de decisão e, assim, construir uma administração voltada para o cidadão.

A diferença fundamental entre a administração burocrática weberiana e a nova administração pública está na forma de controle. Nesta última, o controle será, principalmente, sobre os resultados; mas também sobre os processos, como no modelo weberiano, pois a legalidade das normas e rotinas administrativas é importante – como afirma um dos entrevistados: “Uma auditoria que não é publicada não é auditoria [...] falta o regulamento, falta o rito, rito é um processo burocrático [...] se não tiver escrito... não existe! É a forma da lei!” (auditor da esfera municipal do município X) –, mas não satisfaz a *accountability*.

A ênfase nos resultados não pode advir apenas de um instrumento de mensuração dos objetivos alcançados por determinada política, mas associados a outros, que devem proporcionar o reconhecimento dos impactos produzidos, subsídios para o aperfeiçoamento ou redirecionamento dessa política, além de viabilizar mecanismos para a prestação de contas à sociedade. Deve dar visibilidade às práticas, como resposta política a determinadas demandas e necessidades da população. Somente assim haverá uma correspondência em relação à qualidade das ações e serviços prestados; o impacto positivo dessa política será diretamente relacionado à sua efetividade. Uma política pública deve, portanto, ser analisada a partir do seu processo, produto alcançado e impacto gerado.

Como já assinalado no Capítulo 4, a auditoria pode ser caracterizada como tradicional e de desempenho. A tradicional se sustenta no referencial burocrático weberiano, privilegiando a adoção de normas e padrões estabelecidos de forma hierarquizada. O seu mérito se relaciona com o processo de auditoria, enquanto a de desempenho se baseia no referencial da nova administração pública, trabalhando na

perspectiva de uma eficiência de recursos e da eficácia de sua ação. O seu mérito se refere aos 3 E's da gestão pública, como a otimização dos processos de economia (eficiência), a eliminação de desperdícios de insumos (economia), e a transformação de insumos em produtos que gerem impactos positivos (efetividade), isto é, a geração de políticas que consigam promover a intervenção social objetivada. Os responsáveis pela tomada de decisão buscam uma eficiência de recursos, ações eficazes e produtos não cristalizados e permeáveis a mudanças necessárias.

Diante dessas abordagens, compreende-se a importância dos méritos relacionados a esses dois tipos de auditoria, pois, tão importante quanto os resultados gerados é o processo gerador de resultados. Existe uma relação de dependência mútua entre o processo que permeou a ação da auditoria e o resultado daí advindo. A maneira como se construiu o processo de auditoria poderá afetar de maneira decisiva os resultados. É averiguando a constituição do processo que é possível verificar se o mesmo foi conduzido a partir das normas e rotinas prescritas, sem, no entanto, desconsiderar a sua flexibilização diante da diversidade de contextos, como sinaliza um auditor:

“[...] seria uma falta de nexos você olhar todas as regiões de um país continental como se ele fosse igual, ainda mais, no país do tamanho que nós temos. No entanto... as normas... o que perturba um pouco é que você tem que adaptar, porque a norma é assim, o que perturba é a interpretação dela. (auditor da esfera municipal do município X).”

O Brasil, devido a sua amplitude e diversidade, exige que a implementação da auditoria em saúde tenha um caráter flexível, demandando processos diferenciados, isto é, baseados em princípios equitativos, e um formalismo menos rígido do que o proposto pelo ideal burocrático weberiano. Caso contrário, fica impossível se alcançar qualquer um dos objetivos delineados pelo SNA, como a melhoria da qualidade das ações e serviços prestados pelo SUS. Procurando ativar o modelo de gestão que associa esse

objetivo do SNA a outro, que é o uso adequado do dinheiro público, o Decreto nº 5.378, de 23 de fevereiro de 2005, instituiu o Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), que reforça o referencial da nova gestão pública. Deve-se também considerar, conforme salientam as respostas diferenciadas de cada contexto ao processo de auditoria, devido às relações entre os atores sociais envolvidos (auditores, usuários, gestores, profissionais), as normas específicas de cada esfera do SNA, os recursos disponíveis e os produtos gerados.

Os resultados das auditorias realizadas têm sido apontados da seguinte forma:

“No ano passado, nós estávamos sendo auditados pela CGU, e o coordenador da equipe me perguntou se nós estávamos satisfeitos com a nossa produção, porque nós fizemos um recorde, nós atingimos mais de cem auditorias, aí eu disse para ele o seguinte: que nós não fizemos, nós não auditamos 853 municípios, nós auditamos as principais irregularidades, as principais denúncias, e os principais trabalhos demandados, que, embora a legislação mencione que o Ministério da Saúde é obrigado a auditar 853 pontos municipais, nós sabemos que é humanamente impossível e que nós não temos esta capacidade, nem física, nem estrutural, nem de recursos para auditar. Mas é lógico que o que a gente procura fazer é a prioridade da prioridade, agora, dentro do quadro de prioridade e denúncia e de irregularidade... mas também não conseguimos atingir adequadamente os 26 estados [...]” (auditor da esfera federal do município X).

Os relatórios emitidos pelo DENASUS coincidem com a importância de se apontar os resultados de determinada política em números. Sugere que o objetivo desse órgão é de quantificar a auditoria, distanciando-se do que foi descrito na regulamentação do SNA. Mas também se pode associar à forte contaminação da perspectiva quantitativa, ainda, dominante. É mais fácil e persuasivo mensurar numericamente ou sinalizar se o objetivo foi ou não alcançado, pois a evidência se dá de forma concreta e, por isso, tem uma maior repercussão. O foco sobre os resultados provoca um efeito diferenciado sobre a opinião pública, em relação à “performance de

governo” (Behn, 1998, p. 24). De acordo com Bresser Pereira (1996), este efeito, é um dos principais fins da reforma administrativa: ampliar o grau de confiança nas políticas e nos funcionários públicos. Talvez, por isso, algumas dificuldades têm sido criadas em se distinguir o que é produto e o que é impacto gerado pela implementação de determinada política social.

No âmbito das ações de auditoria, seus resultados têm sido apreendidos por alguns participantes dos grupos focais, da seguinte maneira:

“[...] no tempo em que eu estou aqui, eu não vejo um impacto significativo na questão do atendimento prestador, usuário do SUS, eu não vejo um impacto que foi assim mediado pelas ações de auditoria [...]” (auditor da esfera municipal do município X).

“[...] a gente nem avalia se houve o impacto, a gente não tem um acompanhamento para saber se realmente tem algum impacto ou não [...] só se começa a pensar no resultado no momento do relatório. A evidência que a gente tem é de que realmente, muitas vezes, são as recomendações, elas não são cumpridas [...]” (auditor da esfera federal no município X).

“Muito mais produto. O impacto, ele carece exatamente porque a gente não faz analítica, a gente faz avaliação do custo e benefício, a gente faz só assistencial. [...] quando a gente dividiu a auditoria assistencial e auditoria analítica, é para isto mesmo, atender a uma demanda de um hospital e o impacto dela, não é individual. E a avaliação dele é de produto mesmo. Ver se o cara cobrou indevidamente, nós vamos apenar ele com x, tantos dias de multa, a questão das negligências, isto vai acumular e dar um impacto. Agora, a avaliação analítica é que vai permitir como se avalia um impacto daquela ação.” (auditor da esfera estadual no município X).

Existe um valor centralizado no perfil de produto para os resultados da auditoria, desconsiderando o impacto gerado, algumas vezes, evidenciado apenas sob o ângulo da contenção de custos, trabalhando unicamente na perspectiva do princípio da eficiência dos recursos financeiros utilizados, sem ponderar se essa eficiência repercutiu favoravelmente em relação às melhorias nas condições de saúde da população. Para

isso, é imprescindível trabalhar o resultado da auditoria, no âmbito do impacto que ela conseguiu provocar em determinada política.

O produto significa a auditoria alcançar seu objetivo, isto é, sinalizar as ações de não conformidade e sugerir as mudanças que se mostrem necessárias. O impacto, por sua vez, vai verificar se as mudanças sugeridas foram promovidas de maneira efetiva e quais os efeitos que a auditoria vem provocando nas ações e serviços do SUS, ultrapassando o modelo ideal weberiano e voltando seus fins não apenas para a estrutura do SNA, mas, também, avançando em direção aos interesses públicos de um SUS que corresponda às necessidades coletivas.

O reconhecimento dos impactos produzidos configura-se em subsídios para o aperfeiçoamento ou redirecionamento da política de auditoria, como também em mecanismos para a prestação de contas à sociedade. O seu impacto positivo se correlaciona à sua efetividade, demarcando um processo de auditoria que não se resume a um fim em si mesmo. Examinar esses resultados, a partir dos impactos, também possibilita a visualização do que é preciso transformar no processo de auditoria.

Se não houver a noção da maneira e sob quais condições o processo de auditoria foi realizado, além de se basear em produtos quantificáveis, corre-se o risco de negligenciar a fragilidade do SNA. Esse fato favorece a debilidade desse sistema em relação às deficiências estruturais humanas, físicas e financeiras. Por fim, impossibilita uma atuação realmente efetiva e resolutiva da auditoria no território nacional. Desse modo, a auditoria consegue atender apenas ao princípio da eficácia da ação na geração de produtos, limitando-se a cobrir, conforme o relato acima, somente as principais

denúncias, irregularidades, trabalhos. Conclui-se, então, que a auditoria deve ser analisada a partir do seu processo, do produto alcançado e do impacto gerado.

As preocupações do grupo de auditores pesquisados com os resultados em auditoria sinalizam a incorporação, por parte desses profissionais, com a lógica de resultados, endossada pela responsabilização dos funcionários que, ao demarcarem a necessidade de melhoria do desempenho da política de auditoria, reconhecem os objetivos do SNA como seus. Situação que reflete o estabelecimento de uma relação pedagógica da estrutura estatal com seus funcionários, e que, de certa maneira, parece, também, explicitar a ampliação do perfil de controle sobre a burocracia.

Para um dos auditores, essa responsabilização tem proporcionado transformações na metodologia do processo de auditoria:

“As nossas auditorias sempre foram muito pontuais e, hoje, apesar das dificuldades... temos tentado colocar em prática uma auditoria mais analítica, tipo uma auditoria preventiva [...] a importância disso é que os problemas têm diminuído.” (auditor da esfera municipal no município X).

Mudanças possibilitadas pela flexibilidade, às vezes, instituídas em conjunto com o controle social, ainda limitado, demarcam a inserção de apenas alguns princípios da nova gestão pública. Caminha-se, mesmo que lentamente, em direção a avanços metodológicos que prestigiem uma auditoria preventiva, ao invés de se ficar assinalando não-conformidades, visando a ações punitivas. Condição que vem caracterizando a auditoria como tipicamente “policialesca”. Esses avanços, além de prevenirem as ações que interferem no atendimento dos princípios do SUS, possibilitam uma economia de recursos, como também rompem barreiras criadas pelo caráter puramente investigatório e punitivo que a auditoria às vezes assume, deflagrando uma maior aproximação do

SNA com funcionários, usuários, profissionais e gestores do SUS. Mas essa flexibilidade também pode vir a abrir espaços para princípios oriundos da administração patrimonialista weberiana, não se desligando de particularismos que favorecem o famoso “jeitinho brasileiro” (Barbosa, 2005), para aliviar as advertências originárias do processo de auditoria: “Às vezes, na advertência que a gente faz, às vezes em uma penalidade que a gente aplica, realmente existe sempre um jeitinho para dar uma aliviada nisso aí”.

Esse jeitinho tendencioso, nos grupos de maior poder de influência, fica delineado na questão do ressarcimento, conforme esse relato:

“No caso de ressarcimentos de paciente, a gente não tem, e o nosso regulamento também não prevê ressarcimento ao usuário. Então, ela vai na unidade, paga consulta particular, o hospital é apenado, é cobrada a multa dele, mas o usuário não vê o dinheiro dele de volta. Não existe um instrumento jurídico que permita ao fundo municipal pagar o usuário, isto não está previsto. Acho que isto é uma coisa que tem de ser prevista. [...] Hoje, raramente, a gente tem cobrança de usuário.” (auditor na esfera municipal no município X).

Não se pode negar que a conquista de multa relativa à cobrança indevida ao usuário é um avanço para o SNA, pois demonstra a eficácia das ações. Contudo, esse ressarcimento ao Fundo Nacional de Saúde deveria ser repassado ao usuário, que disponibilizou o dinheiro. O ressarcimento é reconhecido somente como direito dos cofres públicos, reafirmando o poder do Estado e negligenciando o direito do cidadão, é o governo para o Estado frisando a permanência de normas internalizadas, que visam a privilegiar a estrutura estatal e não reconhecem que essas podem estar repercutindo negativamente no “bem coletivo”.

A publicação dos resultados das auditorias, através da emissão de relatórios, busca oficializá-los e socializá-los, no sentido de atribuir à sociedade uma condição de co-participação nas ações estatais e de vigilância quanto à manutenção de determinados privilégios, como esse acima mencionado. Evita-se, com isso, a apropriação privada da política e a falta de vínculo com as reais necessidades da coletividade, estabelecendo uma confiança mútua entre o Estado, seus funcionários e os cidadãos, e, conseqüentemente, uma maior adesão às políticas de saúde comprometidas com o bem público. De certa maneira, isso divide a pesada responsabilidade do SNA, no controle do desenvolvimento das políticas públicas de saúde, e se constitui em uma forma de controle democrático (Santos, 1993; Silva, 1997).

8.6 Outro desafio...

Com a institucionalização do Pacto pela Saúde 2006, um outro desafio se apresentou ao SNA, que é o de regular o cumprimento das prioridades relacionadas a esse pacto, de forma articulada, nos três componentes federativos do SUS. O Pacto pela Saúde se constitui de um conjunto de mudanças institucionais, pactuadas pelas três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios), redefinindo as responsabilidades de cada gestor, em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Compõe-se de três vertentes de ação: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão.

O pacto somente poderá ser implementado após adesão ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), pelos municípios, estados e União. Esse termo tem renovação anual. Além de substituir os processos de habilitação vigentes, estabeleceu metas e compromissos específicos e modificou a transferência dos recursos federais

para os estados e municípios. Esses foram divididos em cinco grandes blocos (Atenção Básica, Média e Alta, Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS), ofertando maior autonomia aos gestores de saúde na aplicação dos recursos.

Adota como prioridades a redução da mortalidade infantil, e materna, por câncer de colo de útero e da mama; o controle das doenças emergentes e endemias, como dengue e hanseníase. Visa, ainda, à implantação da Política Nacional de Saúde do Idoso; à elaboração e implantação de uma política nacional de promoção da saúde; e o fortalecimento da atenção básica à saúde, através da estratégia de saúde da família (PSF).

8.7 Uma breve síntese sobre os desafios para o SNA

Todos os desafios apontados demandam ações efetivas no sentido de resolvê-los. Mas, já se verificam mudanças em relação ao perfil que predominava; a auditoria mudou de operativo, com a intervenção *in loco*, diretamente nas denúncias de irregularidades, sem uma análise mais contextualizada da situação, como uma ação meramente punitiva, para um modelo preventivo. Atualmente, através de um esforço da força de trabalho, os auditores têm procurado contextualizar suas análises e, após a intervenção, trabalhado, através de orientações e recomendações, as não-conformidades. Diante desse novo tipo de abordagem, observa-se uma redução nas ações de não-conformidade, adotando-se, de certa forma, um caráter preventivo e educativo, se pautando em um princípio básico da teoria da Construção da Esfera Pública. Esse princípio é o da aprendizagem social que procura envolver a força de trabalho em benefício da esfera pública. Mas o SNA ainda se defronta com a ausência de critérios

consolidados de cooperação, educativos e orientadores, visando a um processo de atenção à saúde otimizado e resolutivo e ao alcance dos objetivos do SUS.

O mérito da auditoria do SNA parece situar-se no SUS, como uma política de Estado que consegue promover a intervenção social objetivada, proporcionando modelos de atenção e gestão à saúde, adequados às demandas e necessidades da população, além de estabelecer prioridades claras e específicas para os contextos diversos e explicitar a maneira como os recursos estão sendo distribuídos, o que o aproxima dos princípios da nova gestão pública. Entretanto, não se pode negar a importância do referencial teórico burocrático weberiano para a auditoria, pois esse modelo de administração tem como principal atributo a efetividade do controle. Principalmente quando a auditoria assume a posição de referência para a redefinição de objetivos, estabelecimento de conteúdos e estratégias de consolidação de melhorias nos serviços de saúde, tomando por base imperativos sociais, políticos e técnicos. Nessa perspectiva, é fundamental compreender a característica atípica da auditoria em saúde, reconhecendo-a como um dispositivo de controle público e pedagógico, envolvendo gestores, trabalhadores, movimentos sociais e conselhos. Isso para que se possa encaminhá-la como um processo legítimo de parâmetros claros e flexíveis, baseado no contexto específico de cada auditado, de maneira a nortear a implementação das políticas locais, dentro das suas possibilidades e limitações, na otimização da integração de suas três esferas e um efetivo controle social. Tais características se constituem como um desafio para encaminhar a auditoria em saúde em direção à teoria da Construção da Esfera Pública (*Public Sector Construction*).

Superar esses desafios não é algo simples, ao se avaliar a perspectiva de um sistema de complexidade interdisciplinar e multiprofissional, que se apresenta ainda em processo inicial de construção do seu referencial teórico. Mas, também, não impossível. Para isso, requer uma abordagem emancipatória, com ações concertadas e não sobrepostas, e que visem como resultado, a gerar impactos efetivos e coletivos na qualidade dos serviços profissionais e institucionais prestados no âmbito do SUS, além de preservar a utilização adequada do dinheiro público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de um trabalho acadêmico é entrelaçada por desafios e esperanças que constituem uma verdadeira tessitura. Inicialmente, fios dispersos vão se juntando, sob a ancoragem da crença na produção de algo significativo, com algum valor social. Essa urdidura, através da metodologia qualitativa, deixa o pesquisador diante de tramas que ora se embolam, ora se soltam. Entre o “faz e desfaz” das palavras, tem-se um verdadeiro véu, deixando transparecer o revelado, o descoberto. Mas esse mesmo véu ainda deixa algo encoberto, ainda por revelar. No “entreaberto” da fina renda, os vazios são novos convites ao homem, na sua eterna procura da verdade.

Os significados das falas emergiam de tal forma que, muitas vezes, davam a impressão de ser impossível apreendê-los. Esse dinamismo instiga, mas, ao mesmo tempo, ameaça, quando se sabe que o trabalho precisa ser delineado conforme seus objetivos. Lamentavelmente, desde a modernidade, obra de arte e ciência se separaram. Esse processo, ao se deparar com uma multiplicidade de significados, parecia distanciar-se dos objetivos traçados, o que tornou necessário retomar o curso delineado pela metodologia, de modo que se pudesse atingir o que foi proposto, segundo os padrões da ciência.

Ter a estruturação, os avanços, os desafios e a força de trabalho do SNA como objeto de investigação constituiu uma árdua tarefa, diante da sua abrangência e da escassez de estudos que têm contemplado a auditoria em saúde. Assim, primeiramente, fez-se necessário procurar embasamento no restrito referencial teórico referente à auditoria em saúde. Sobretudo, quando se evidenciavam, no campo da saúde, dificuldades em diferenciar os diversos dispositivos de controle, no SUS. Da mesma forma, não foi fácil traçar a distinção entre avaliação e auditoria. Tarefa de suma importância, dada a centralidade dessas práticas para a administração pública.

No entanto, a experiência de ter investigado o SNA como objeto implicou identificar e compreender como um conjunto de valores, normas sociais e modelos de comportamento são construídos logicamente e administrados politicamente, culminando na construção da identidade de um auditor que não tem a sua ação legitimada formalmente, devido à inexistência do cargo de auditor.

Ao responderem os questionários enviados, vários responsáveis técnicos se manifestaram, através de cartas anexadas, sobre as impossibilidades do exercício da auditoria em saúde e sobre a satisfação de poderem contar com um canal para revelar situações do seu cotidiano de trabalho, referindo-se à presente pesquisa. Os grupos focais possibilitaram apreender as contradições e conflitos presentes nas atitudes, palavras, reações, hábitos, rituais e tabus que integravam o dia-a-dia do trabalho em auditoria. Contudo, essa compreensão não se fez, exclusivamente, através desse instrumento. A minha experiência como técnica e gestora no campo da saúde pública, certamente, marcou o meu olhar na observação e análise do material obtido, como também a análise de documentos, desde a estruturação do sistema; situações que contribuíram para uma ampliada contextualização do universo investigado.

Analisar a regulamentação do SNA e a consolidação da auditoria em saúde constituiu uma forma de abrir espaços nos múltiplos “claustros” desse sistema. Possibilitou aos diversos atores sociais pesquisados, das diferentes esferas, descrever as suas percepções, explicando a realidade de cada um no exercício do cargo de auditor. A partir dessa abertura de espaço para palavra, foi possível compreender o universo institucional do SNA e a sua relação com o campo da auditoria em saúde. As concepções acerca do SNA e, especificamente, do seu objeto no interior do Ministério da Saúde, como um todo, em outros órgãos de controle externo e nos serviços de saúde

terceirizados mostraram-se difíceis de serem apreendidas, dadas as relações de poder existentes entre os participantes, constatadas principalmente, nos grupos focais.

A regulamentação da auditoria em saúde a partir do SNA, de certa maneira, tem fortalecido o processo de implantação do SUS, além de assumir a função de proporcionar a consolidação do SUS como política de Estado. Realça-se, assim o seu papel social ao controlar as ações e serviços de saúde, identificar as causas da não-resolução das necessidades e dos problemas dessa política, de maneira a preveni-los ou sugerir transformações necessárias. Entretanto, pretendeu-se ressaltar, primeiramente, os avanços do SNA, que, de alguma forma, imprimem outros desafios. Esses avanços têm sido fundamentais para demarcar esse sistema como o único órgão reconhecidamente especializado em avaliar serviços e ações de saúde prestados pelo SUS, além de preservar o uso adequado do dinheiro público. As melhorias relativas ao DENASUS, seu componente federal, são apresentadas nos seus relatórios anuais, que realçam as ações preventivas. Esses relatórios também assinalam melhorias nos indicadores de saúde e nos modelos de gestão que, através da elaboração de documentos, manuais e rotinas, têm viabilizado ações de auditoria baseadas em princípios balizadores da administração pública, como a eficácia, a eficiência, a efetividade e a resolubilidade. No entanto, contradizem o que os participantes dos grupos focais afirmaram como precariedade na adoção desses princípios, que, segundo as equipes de auditoria, não têm sido privilegiados devido às dificuldades na prática em auditoria; dificuldades que estão relacionadas à infra-estrutura e à deficiência de recursos financeiros, humanos e materiais, como também aos interesses políticos particularistas.

Quanto aos desafios, o caráter atípico da auditoria foi ressaltado pelas equipes de auditores que participaram dos grupos focais, especialmente quando se observa a

constituição multiprofissional das equipes localizadas quase que em âmbito nacional. Esse caráter vem de encontro à perspectiva weberiana quanto à importância da especialização, além de corresponder ao grau de profissionalização adequado em auditoria, especialmente ao se defrontar com a amplitude, complexidade e especificidade do campo, para a realização de uma auditoria para além dos preceitos contábeis. Associa-se ainda a escassez de embasamento teórico para a sua prática, que conjuga o seu “fazer” com a construção de um campo de conhecimento específico, que trata das necessidades relativas à prática de auditoria, bem como das experiências daí decorrentes. Para isso, a auditoria em saúde, no SNA, vem buscando uma estruturação e operacionalização baseadas em práticas de natureza interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial. Tal composição sinaliza que a sua constituição, como campo de conhecimento, busca inovações, sustentando-se, principalmente, em disciplinas do campo da administração, do direito, das ciências sociais, do planejamento e das políticas de saúde, além de outras disciplinas complementares, como as relativas ao meio ambiente, à vigilância sanitária, à estatística, à demografia e às diversas áreas que integram a área biomédica.

A formalização desse contexto pode estar associada ao desenvolvimento científico e tecnológico, na área de auditoria; pode, também, configurar uma estratégia de enfrentamento à composição de lutas que atravessa o campo da auditoria em saúde e nela interfere. Essa integração é também uma maneira de se buscar métodos e objetos de estudo para operacionalizar novos conceitos teóricos e novas práticas de auditoria em saúde. Isso parece corroborar a idéia de que o SNA pretende transformar efetivamente as ações e serviços do SUS, e não apenas assumir uma posição fiscalizadora ou punitiva, sobretudo quando uma grande parte dos auditores pesquisados considera que uma transformação das práticas de auditoria em saúde deveria contemplar abordagens preventivas.

Havia também o desejo de mudança de um modelo de trabalho autocentrado – o profissional era o único responsável pelas ações técnicas – para práticas em equipe. Dessa forma, prevaleceria um diálogo comum entre as diversas áreas multiprofissionais, além do compartilhamento de *backgrounds* profissionais com abordagens amplas, com a inclusão do universo sociocultural e político, de origens diversas.

O processo de descentralização do SNA não teve o mesmo curso, em seus três componentes. Cada um trilhou o caminho possível, dentro da sua realidade política, social e financeira, apesar de, teoricamente, estarem submetidos aos mesmos princípios normativos e organizativos do sistema. Tal situação gerou uma falta de articulação e certa impessoalidade nas ações desenvolvidas entre as três esferas e uma concepção de descentralização caracterizada como desconcentração. Associa-se a essas conseqüências, a precariedade do SNA, que tem efetuado inspeções esporádicas, apenas diante de denúncias. Soma-se a isso, o fato de não ter acesso às determinações nas instâncias decisórias do SUS, deixando nítida a desarticulação entre as partes, resultando, geralmente, em ações isoladas, coordenadas inadequadamente e desvinculadas do objetivo geral do sistema.

A partir das percepções dos integrantes dos grupos focais, aponta-se que a falta de clareza entre o que é competência da esfera federal, estadual e municipal, acrescida das dificuldades financeiras, entre outras, tem constituído entraves para auditorias mais efetivas e resolutivas. Assim, evidencia-se a necessidade de o SNA ser norteado por princípios de descentralização, nos moldes da teoria da Construção da Esfera Pública. Essa teoria associa a descentralização gerencial a princípios como *accountability*, autonomia administrativa, econômica e política, cidadania, concertação de ações, controle social, equidade, justiça, participação política e transparência, sustentando-se em modelos de gestão que subsidiem os objetivos propostos na regulamentação do

SNA, através da participação dos diversos atores envolvidos, dos acordos políticos e do desenvolvimento de instrumentos técnico-operacionais necessários à integração e manutenção da unicidade desse sistema.

O princípio do controle social também foi sinalizado como um desafio, pois, segundo as abordagens dos grupos focais, ele não tem sido contemplado de acordo com a importância que assume diante das políticas de extensão social, como o SUS. Os participantes enfatizaram, assim, a necessidade de maior envolvimento da sociedade no cotidiano dos serviços de saúde, bem como nos de controle, para assegurar melhores ações e serviços, demarcando uma posição propositiva de fortalecimento tanto do SUS como do SNA.

Um dos desafios colocados para o SNA é a performance da parceria controle interno/controlado externo. Essa parceria, apesar de objetivar um trabalho conjunto, para uma melhor adequação do SUS às necessidades sociais, tem cumprido a função de “tapar buracos”, o que, algumas vezes, desencadeia situações de competição administrativa. Assim, essas propostas de auditorias compartilhadas deveriam se sustentar em modelos menos onerosos e repetitivos devido à ausência de ações conjuntas, focalizados e compensatórios, e mais cooperativos e integrados. O controle externo deveria auditar as ações do controle interno, seguindo a perspectiva weberiana onde a identificação da ação do controle interno deveria explicitá-la e ao mesmo tempo promover a compreensão dessa ação pelo controle externo, que legitimaria a ação do controle interno ou não. A necessidade de intervenção se justificaria pela não conformidade na ação do controle interno.

O modo como é trabalhado o resultado em auditoria foi também assinalado como um desafio, pois os relatórios do DENASUS os explicitam na perspectiva de produtos e não dos impactos proporcionados pelos mesmos. No entanto, a publicação

desses resultados é uma maneira de socializar as ações realizadas no campo da auditoria, estimulando a co-participação da sociedade nas ações estatais e no controle das mesmas – talvez abrindo espaços para o princípio da *accountability*.

Em relação à força de trabalho, apesar da sua importância para a materialização do SNA, vários foram os desafios sinalizados. De acordo com alguns auditores, esses desafios giram em torno das ações fragmentadas, com baixa resolubilidade. Esse fato pode ser associado às condições inadequadas oferecidas ao processo de trabalho no SNA; aos baixos salários e capacitações pouco efetivas, não integradas ou pouco abrangentes. Os relatórios do DENASUS contradizem essa percepção quanto às capacitações; contudo, as respostas aos questionários enviados confirmaram a incipiência das mesmas. Sugerem-se, então, processos de capacitação estruturados na modalidade de educação permanente.

O maior desafio para esses auditores é, porém, a inexistência do cargo de auditor em saúde, na esfera federal, sendo que ele existe em grande parte dos componentes municipais investigados. Circunstância que parece refletir a não aceitação do exercício do poder desses auditores, que convivem com ausência de um poder legitimado ou com o não reconhecimento dos auditores como autoridade. Nessa perspectiva, foi possível evidenciar uma luta cotidiana de ocupantes de uma função que se apresenta em processo de profissionalização, de acordo com a sociologia das profissões; e como campo de conhecimento a ser consolidado. Essas suas dimensões são fundamentais para que sejam reconhecidos como sujeitos da sua ação e não como meros executores. Além disso, trata-se de uma prática ainda em construção, com poucos recursos teórico-metodológicos constituídos, o que demanda a necessidade de estruturar novas ferramentas e ação no campo da auditoria, mas que tenha o dever de corresponder às exigências de um sistema com a complexidade e amplitude do SNA.

Conclui-se que esses desafios, impostos ao campo da auditoria, parecem atravessar e ser atravessados pelos diversos campos disciplinares e profissionais, pelas práticas, pelo Estado e pelo controle social. Para transformar as práticas de saúde, o campo da auditoria deve construir e demarcar a sua identidade nos vários espaços – da área de saúde e acadêmicos –, tornando-os *loci* privilegiados para essa construção. Essa identidade viria facilitar o seu reconhecimento pelo Estado e pela sociedade.

No âmbito das práticas sustentadas em princípios burocráticos e da nova gestão pública, a auditoria é um produto das ações do Estado, ao mesmo tempo em que repercute nessas ações. Nesse sentido, esse dispositivo tem como suporte uma rede composta por decisões regulamentares, instituições, leis, medidas administrativas e organizações arquitetônicas. Há, também, o compromisso social de garantir o interesse da coletividade e não somente o cumprimento formal do aparato estatal e a reafirmação do poder do Estado. Antes de governar uma população, o Estado deve governar a si mesmo, através de instrumentos que proporcionam subsídios para uma permanente construção/reconstrução das instituições.

A conclusão de um trabalho acadêmico não pode encerrar-se nos seus resultados, mas abrir possibilidades para uma reflexão acerca do que se experienciou durante o seu desenvolvimento e a partir do conhecimento construído através dele. Com base nesse conhecimento, pode-se entender a urgência do aprimoramento de novos saberes que viabilizem concepções e práticas sociais, considerem os usuários dos serviços como sujeitos sociais que têm como objetivo essencial “viver melhor”. Esse compromisso o SNA, superando suas fragmentações internas, deve assumir em benefício da população.

REFERÊNCIAS

- Abrucio, F. L. *Os barões da federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1998. 253 p.
- Abrucio, F. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury, S. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 77-125.
- Afonso, R. B. A federação no Brasil: impasses e perspectivas. In: *A federação em perspectiva – ensaios selecionados*. São Paulo: FUNDAP, 1995. 75 p.
- Akerman, M.; Nadanovsky, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cadernos de Saúde Pública*, 8(4):361-365. 1992.
- Almeida, F. D. M. *Competências da Constituição de 1988*. São Paulo: Atlas, 1991. 183 p.
- Almeida, M. C. P.; Mishima, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 9, ago., 2001. p. 150-3.
- Anastasia, F. Responsabilización por el control parlamentario. In: Anastasia, F. Consejo Científico del CLAD (Coord.). *La Responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana*. Buenos Aires: CLAD, BID, EUDEBA, 2000.
- Araujo, M.; Sanchez, O. A. A corrupção e os controles internos do estado. *Lua Nova*, maio/ago., 2005, n. 65, p. 137-73.
- Arretche, M. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. v. 1. Rio de Janeiro: Revan, 2000. 304 p.
- Arretche, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico, E. M. *et al* (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001. 155 p.
- Attie, W. Controle interno. In: *Auditoria: conceitos e aplicações*. 2. ed. São Paulo: Atlas. 1994. cap. 7. p. 60-8.
- Aurélio, J.; Lopes, V. *Democracia e cidadania: o novo Ministério Público brasileiro*. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2000. 238 p.
- Azevedo, A. C.; Korycan, T. L. *Transformar las organizaciones de salud por la calidad: guía para el lider en el proceso de cambio*. Santiago: Parnassah, 1999. 248 p.
- Baracho, J. A. O. A federação e a revisão constitucional. As novas técnicas dos equilíbrios constitucionais e as relações financeiras. A cláusula federativa e a proteção

da forma de Estado na Constituição de 1988. *Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais*. 12(3): 30-34. jul./set., 1994.

Bardín, L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

Barzelay, M. Instituições centrais de auditoria e auditoria de desempenho: uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE. *Revista do Serviço Público*, abr./jun. 2002, ano 53, n. 2, p. 5-35.

Behn, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca da *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*, 49(4): 5-44, out./dez., 1998.

Beltrão, R.; Abrúcio, F. L.; Loureiro, M. R. Reforma da burocracia pública e federalismo no Brasil: a experiência do Programa de Demissão Voluntária nos governos estaduais. *Revista Brasileira de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 113-44, 1998.

Benites, L. F. R. A governamentalização do Estado contemporâneo: uma cartografia dos mecanismos estatais de controle. *Sociologias*, n. 12, p. 274-303, jul./dez., 2004.

Bobbio, N.; Matteucci, N.; Pasquino, G. *Dicionário de política*, 5. ed. Brasília/DF: Editora da Universidade de Brasília, 2000. v. 1. 666 p.

Bodstein, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 2002, 7(3):401-412.

Botelho, I. Dimensões da cultura e políticas públicas. *São Paulo Perspec.* 2001, 15(2): 73-83.

Brant, L. C.; Minayo-Gomez, C. Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa em processo de reestruturação. Rio de Janeiro: *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4):939-952, 2004.

Brant, L. C. *O processo de transformação do sofrimento em adoecimento na gestão do trabalho*. 2004. 170 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.

BRASIL MS (1990). Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, n. 182, 20 set., 1990, Seção I, p. 18055.

BRASIL MS (1993). Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 de jul., 1993, p. 10573.

BRASIL MS (1996). *Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1996. 37 p.

BRASIL MS (1997). *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

BRASIL MS (1998). *Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2. ed., 1998. 52 p.

BRASIL MS (1999). Portaria nº 1069, de 19 de agosto de 1999. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/Portaria1069.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2000a). Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em <<http://www.ans.gov.br/Lei9961.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2000b). Decreto nº 3496 de 01 de junho de 2000. Dispõe sobre a competência do DENASUS. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/Decreto3496.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2000c). Portaria nº 1147, de 17 de outubro de 2000. Altera o Decreto 3.496, de 01 de junho de 2000, sobre as unidades organizacionais dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde nas unidades federadas. Disponível em http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/REP_GM_P1.147_00sna.doc>. Acesso em 19 de jun., 2004.

BRASIL MS (2001). Portaria nº 2266, de 12 de dezembro de 2001. Institui o Conselho de Auditores do SNA. Disponível em <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/GM_P2.266_01sna.doc>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2002a). Portaria nº 373 de 28 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Disponível em <<http://www.teresina.pi.gov.br/saude/legislacao/NOAS-01-2002.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2002b). Portaria nº 2209/GM, de 04 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a instituição do Sistema de Auditoria, SISAUD, no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria, SNA e dá outras providências. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2209.htm>>. Acesso em 20 jun., 2004.

BRASIL MS (2003a). Portaria nº GM/MS nº 401/2003. Dispõe sobre a apuração de denúncias com o funcionamento do SUS. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/sas/Portaria401.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2003b). Decreto nº 4726/2003. Define as competências do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/legislacao/decretos.html>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS DENASUS (1999). Relatório Gerencial – Exercício 1999 – Brasília 2000. 35 p. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%201999.pdf>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS DENASUS (2003). A Gestão da Auditoria Federal e o SNA – Mudanças no Componente Federal, rumo à efetivação do Sistema Nacional de Auditoria: problemas, ações e resultados. BRASÍLIA – DF. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202002.pdf>>. Acesso em 19 jun. 2004.

BRASIL MS Conselho Nacional de Saúde (2003). Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS (2004). Portaria nº 2.123/GM/MS, de 7 de outubro de 2004. Aprova o Regimento Interno dos órgãos do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2123.htm>>. Acesso em 20 abr., 2005.

BRASIL MS (2006). Portaria nº 1467, de 10 de julho de 2006. Institui o Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS), via Internet, no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Disponível em <<http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2215496.xml>> Acesso em 10 dez., 2006.

BRASIL MS DENASUS (2004). Relatório de Gestão 2003 – Brasília – DF. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202003.pdf>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL MS DENASUS (2005). Relatório de Gestão - Exercício – 2004. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202004.pdf>>. Acesso em 10 ago. 2005.

BRASIL MS DENASUS (2006). Relatório de Gestão – 2005. Disponível em <<http://sna.saude.gov.br/download/Relatorio%20de%20Gestao%20DENASUS%202005.pdf>>. Acesso em 30 mar., 2006.

BRASIL Presidência da República (1990). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei8142.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL Presidência da República (1998). Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios e dá outras providências. Disponível em <<http://www.lei.adv.br/9649-98.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL Presidência da República (2001). Decreto nº 3863, de 9 de julho de 2001. Dispõe sobre o remanejamento de Funções Comissionadas Técnicas – FCT para o quadro de pessoal do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2001/3863.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL Presidência da República (2004). Lei nº 10.933, de 11 de agosto de 2004. Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2004/2007. Disponível em http://www.senado.gov.br/sf/orcamento/ppa/2004_2007/01%20-%20PPA%2020042007%20-%20Original/10%20-%20Lei/PPA2007%20-%20LEI%2010933-2004.pdf. Acesso em 29 abr., 2005.

BRASIL Presidência da República (2006). Decreto nº 5974, de 29 de novembro de 2006. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em <www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5974>. Acesso em 20 dez., 2006.

BRASIL SF (1995). Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, 28 de set., 1995. Disponível em <<http://www.senado.gov.br/Decreto1651.htm>>. Acesso em 19 jun., 2004.

BRASIL SF (2000). Emenda Constitucional 29. Altera os art. 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. Disponível em <<http://www.saude.ba.gov.br/siops/legislacao/EC%2029%20-%202000.htm>>. Acesso em 19 de jun., de 2004.

BRASIL TCU (2003). *Boletim Interno Especial: Regimento Interno do Tribunal de Contas da União*. Brasília, 2003. 125 p. Disponível em: <<http://www.tcu.gov.br>>. Acesso em 02 fev., 2005.

Brito, D. T. S.; Siqueira, V. H. F.; Marteleto, M. A. Multiprofessional demand and clientele: influences and challenges for a Master's degree course in Educational Technology in the Health Sciences. *Cad. Saúde Pública*, 1999, v. 15 supl.2, p. S45-S53.

Caleman, G.; Moreira, M. L.; Sanchez, M. C. *Auditoria, controle e programação de serviços de saúde*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 1998. 145 p.

Camacho, L. A. B; Rubin, H. R. Reliability of medical audit in quality assessment of medical care. *Cad. Saúde Pública*, 1996, v. 1, supl. 2., p. 85-93.

Campos, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991. 75 p.

Carvalho, R. R. P. Privatização dos serviços de saúde: repercussão ética sobre o exercício profissional e o processo de formação dos médicos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, 24(1):72-76. jan./abr., 2000.

Castro, A. E. F.; Yamamoto, O. H. A Psicologia como profissão feminina: apontamentos para estudo. *Estudos de Psicologia*, 1998, 3(1): 147-158.

Centro de Gestión Hospitalaria. Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de la calidad em Colômbia. *Revista Via salud*, abr./jun., 2000, n. 12, p. 6-12.

Chiavenato, I. *Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1999. 457 p.

Chiavenato, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 7. ed., 2004. Rio de Janeiro: Editora Campus. 664 p. Cap. 11.

Chorny, A. H. Educación permanente y procesos de cambio a partir de necesidades de intervección – Investigación en servicios de salud e investigación educacional. In: Haddad, J. Q.; Roschke, M. A. C.; Davini, M. C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPAS, 1994. 247 p. Cap. VIII, p. 219-47.

Cohn, A.; Elias, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 6. ed. São Paulo: Cortez/Cedec, 2003. 133 p.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. Resolução CFC nº 781/95, de 24 de março de 1995. Dispõe sobre as normas profissionais do auditor interno. Brasília/DF. 9 p. Disponível em: <<http://www.cfc.org.br>>. Acesso em 31 jan., 2005.

Costa, S. Movimentos sociais, democratização e a construção de esferas públicas locais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12(25): p. 121-34. out., 1997.

Crevelim, M. A. Participação da comunidade na equipe de Saúde da Família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciênc. saúde coletiva*, 10(2): 323-331, Rio de Janeiro, abr./jun., 2005.

Crozier, M. *O fenômeno burocrático*. Brasília/DF: Editora da Universidade de Brasília, 1981. 450 p.

Cruz Neto, O.; Moreira, M. R.; Sucena, L. F. M. *Nem soldados nem inocentes: juventude e tráfico de drogas no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 200 p.

Dagnino, E. Sociedade civil e espaços públicos e a construção democrática no Brasil. In: Dagnino, E. (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002. 364 p.

Davini, M. C. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad J. Q.; Roschke, M. A. C.; Davini, M. C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPAS, 1994. 247 p. Cap. IV, p. 109-24.

Derber, C. Managing professionals: ideological proletarianization and post – Industrial Labor. *Theory and Society*, 12(3): 309-342, may 1983.

Diniz, D. Educação médica: também uma questão de gênero. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 1-2, set./dez., 2003. (Editorial).

Diniz, E.; Boschi, R. Empresários e constituinte: continuidades e rupturas no modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil. In: Camargo, A. e Diniz, E. (Org.). *Continuidade e mudança no Brasil da Nova República*, Rio de Janeiro, IUPERJ/Vértice, 1989. p. 116-36.

Di Pietro, M. S. Z. Direito Administrativo. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 727 p.

Dias da Costa, J. S. Auditoria médica: avaliação de alguns procedimentos inseridos no programa de atenção integral à saúde da mulher no posto de saúde da Vila Municipal, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, jan./mar., 1998, v.14, n.1, p. 43-9.

Dias da Costa, J. S. *et al.* Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na região Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, ago., 2000, v.34, n.4, p. 329-36.

Donabedian, A. Enfoques básicos para la evaluación. In: *La calidad de la atención médica: definición e métodos de evaluación*. Cidade do México: La Prensa Médica Mexicana, 1984, cap. 3, p. 97-157.

Elias, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo Perspec.* São Paulo, jul./sep. 2004, 18(3):41-6.

Faria, S.; Oliveira, V. F.; Forner, L.; D'Astuto, F. *Competências do profissional da informação: uma reflexão a partir da Classificação Brasileira de Ocupações*. Inf., Brasília, v. 34, n. 2, p. 26-33, maio/ago., 2005.

Ferretti, C. J.. A mulher e a escolha vocacional. *Cadernos de Pesquisa*, n.16, 1976. p. 20-40.

Figueiredo, M. F.; Figueiredo, A. M. C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*, 1986, Belo Horizonte, 1(3):107-27.

Freidson, E. *Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política*. Trad. Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Edusp, n. 12, 1988. 280 p. (Coleção Clássicos).

Gerschman, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad. Saúde Pública*. v. 20, n. 6. Rio de Janeiro, nov./dez., 2004.

Gomes, M. B. Auditoria de desempenho governamental e o papel de Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS). *Revista do Serviço Público*, abr./jun., 2002, ano 53, n. 2., p. 36-78.

Guido O. S. *et al.* Auditoria médica: herramienta de gestión moderna subvalorada. *Rev. Méd. Chile*, fev., 2002, v. 130, n. 2, p. 1-7.

Haddad, J. Q.; Roschke, M. A. C. El contexto de los procesos educativos en los servicios de salud. In: Haddad, J. Q.; Roschke, M. A. C.; Davini, C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPAS, 1994. 247 p. Cap. I, 1-26 p.

Hartz, Z. M. A.; Camacho, L. A. B. Formação de recursos humanos em epidemiologia e avaliação dos programas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 1996, v. 12, supl. 2, p. 13-20.

Hogwood, B. W.; Gunn, L. A. *Policy analysis for the real world*. Oxford, New York: Oxford University Press, 1984.

Ilbáñez *et al.* Organizações sociais de saúde: o modelo do estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, jul./dez., 2001, v. 6, n. 2, p. 391-404.

Jacobi, P. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. *Lua Nova*. São Paulo, (20):121-143.

Juhás, R. *Utilização de indicadores para avaliação da estrutura, dos processos internos e dos resultados em assistência à saúde bucal*. 2002. 160 f. Dissertação (Mestrado em Deontologia e Odontologia Legal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Krueger, R. A. *Focus group: a practical guide for applied research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage-USA, 1994. 255 p.

Labra, M. E. Análise de políticas, modos de *policy-making* e intermediação de interesses. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, 1999, 9(2): 131-66.

Labra, M. E.; Figueiredo, I. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):537-47. Rio de Janeiro, 2002.

Larson, M. S. *The rise of professionalism*. Berkeley-Ca: University of California, 1977. 309 p.

Larson, M. S. Proletarianization and educated labor. *Theory and Society*, 9:131-175, 1980.

Lindblom, C. *O processo de decisão política*. Brasília/DF: Editora da Universidade de Brasília, 1981. 124 p.

Likert, R. *A organização humana*. São Paulo: Atlas, 1975. 266 p.

Loureiro, M. R. O controle da burocracia no presidencialismo. *Cadernos Adenauer*, mai./jun., 2001, ano II, n. 3, p. 47-73.

Lucchese, P. T. R. Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995. *Planejamento e Políticas Públicas*, (14): 75-156, 1996.

Machado, M. H. As corporações profissionais: sindicalismo x corporativismo. In: Gallo, E.; Uribe Rivera, F. J.; Machado, M. H. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em política de saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1992. p. 93-114.

Machado, M. H. *Os médicos e sua prática profissional: as metamorfoses de uma profissão*. Rio de Janeiro, 1996. 245 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Marques, M. C. C.; Almeida, J. J. M. Auditoria no setor público: um instrumento para a melhoria da gestão pública. *Revista Contabilidade & Finanças – USP*, maio/ago., 2004. v. 94, n. 35, p. 84-95.

Mattar, F. N. *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas, 1996. 270 p.

Mautz, R. K. *Princípios de auditoria*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1985. 685 p.

Mejía, J. M. M. Es antiética la auditoría de la calidad em salud? *MEDUNAB*, mai./ago., 2001, v. 4, n. 11, p. 107-10.

Melo, M. B. *Educação continuada: uma análise crítica de cursos de “Pós-graduação” em entidades odontológicas no estado de Minas Gerais*. 1999. 83 f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Instituto de Educação Continuada, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Melo, M. B. Saúde coletiva e mestrado em Odontologia: um estudo de representação social. 2002. 154 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Brasil.

Melo, M. B. Saúde coletiva e pós-graduação em Odontologia. *RBPG Revista Brasileira de Pós-graduação*, Brasília/DF, 2005. v. 2, n. 3, p. 55-74.

Mello, D. L. Descentralização, papel dos governos locais no processo de desenvolvimento nacional e recursos financeiros necessários para que os governos locais possam cumprir seu papel. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 1991, 25(4): 199-217.

Mendes, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999. 300 p.

Meny, I. E.; Thoenig, J. C. *Las políticas públicas*. Barcelona: Editora Ariel Ciência Política. p. 158-218 (versão em espanhol a cargo de Francisco Morata), 1992.

Merhy, E. E. *Tese de Livre Docência*, 2000. 228 p. Universidade Federal de Campinas, Campinas.

Mills, A. Conceptos y problemas de la descentralización: examen general. In: Anne Mills et al. *Descentralización de los sistemas de salud – Conceptos, aspectos y experiencias nacionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990. p. 11-46.

MINAS GERAIS. SES. Resolução SES nº 674/97, de julho de 1997. Dispõe sobre o regulamento do sistema estadual de auditoria assistencial – SSA/SES/SUS/MG. Belo Horizonte. 65 p.

Minayo, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. 269 p.

Minayo, M. C. S. *et al. Fala galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. 240 p.

Minayo, M. C.; Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul./set. 1993.

Moore, W. E. *The professions: roles and rules*. New York: Russell Sage Foundation, 1970. 330 p.

Moraes, A. *Direito Constitucional*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1998. p. 240-241.

Nadler, D.; Gerstein, M. S.; Shaw, R. B. *Arquitetura organizacional: a chave para a mudança empresarial*. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 265 p.

Noronha, M. P. *O papel do Tribunal de Contas da União na avaliação de programas de governo: diferentes estágios e abordagens*. 2004. 52 f. Monografia (Especialização em Controle Externo, Área Análise e Avaliação da Gestão Pública) – Comissão de Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Controle Externo (PGCE), Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União, Brasília/DF.

Ortega y Gasset, J. *Meditação da técnica*. Rio de Janeiro: Livro Ibero-Americano, 1963. 135 p.

Oslak, O. Descentralización de los sistemas de salud: el Estado y la salud. In: Paganini, J. M.; Capote, R. M. *Sistemas locales de salud*. Publicación científica OPS n. 519, 1990.

Pacheco, R. S. Reformando a administração pública no Brasil: eficiência e *accountability* democrática. Texto apresentado no Seminário “A Reforma da Administração Pública: possibilidades e obstáculos”, promovido pela Fundação Joaquim Nabuco, Recife, 20 e 21 de agosto de 1998. Versão preliminar e incompleta. Disponível em <<http://www.fundaj.gov.br/docs/eg/semi4.rtf>>. Acesso em 04 de março de 2006.

Pacheco, R. S. V. M. Política de Recursos Humanos para a reforma gerencial: realizações do período 1995-2002. *Revista do Serviço Público*, Brasília/DF, v. 53 (4), p. 35-53, 2002.

Paim, J. S.; Almeida Filho, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, jun., 1998.

Pereira, L. C. B. A Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE* n. 1. Brasília/DF: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1997.

Pereira, L. C. B.; Spink, P. *Reforma do Estado e administração pública gerencial* (Coletânea). Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998. 314 p.

Pereira, L. C. B. Comentários. *Um modelo de recrutamento de administradores*. São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.bresserpereira.org.br/index.asp?language=BR>>. Acesso em 7 de nov., 2006.

Perez, J. R. R. Avaliação do processo de implementação: algumas questões metodológicas. In: Rico, E. M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Ed. Cortez, 1999, p. 65-73.

Peres Junior, J. H. *Auditoria de demonstrações contábeis: normas e procedimentos*. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2004. 136 p.

Pina, V.; Torres, L. *La contabilidad del sector público*, 2001. Disponível em <www.ciberconta.unizar.es>. Acesso em 01 de fevereiro de 2001.

Pinchot, G.; Pinchot, E. *O poder das pessoas*. Rio de Janeiro: Campus. 1995. 442 p.

Pinheiro, R.; Mattos R. A. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

Pope, C.; Mays, N. Opening the black box: an encounter in the corridors of health services re-search. *British Medical Journal*, 306:315-18, 1993.

Preger, C. M.; Berger, I.; Fonte, C. A. G. *et al.* Perfil dos médicos auditores no estado do Rio Grande do Sul. *Rev Assoc Med Brás*, 2005. 51(2): 87-92.

Prada, L. T. Resumen. In: *La auditoría operativa: un instrumento para la mejora de la gestión*. Madrid: Ed. AECA, 2002. p.1. <Disponível em: <www.aeca.es>. Acesso em 01 de fevereiro de 2005.

Quintana, P. B.; Roschke, M. A. C.; Ribeiro, E. C. O. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicio en salud. In: Haddad, J. Q.; Roschke, M. A. C.; Davini, M. C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPAS, 1994. 247 p. Cap. II, p. 33-61.

Reis, H. C. Auditoria governamental: uma visão de qualidade. *Rev. Adm. Munic. out./dez.*, 1993. v. 40, n. 209, p. 53-64.

Rodrigues *et al.* Auditoria em enfermagem: relato de experiência. *HU Rev.*, jan./abr., 1988. v. 15, n. 1, p. 41-53.

Rovere R. *et al.* Educación permanente como herramienta para el desarrollo de los servicios de salud – gestion estratégica de la educación permanente en salud. In:

Haddad, J. Q.; Roschke, M. A. C.; Davini, M. C. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPAS, 1994. 247 p. Cap. III, p. 63-104.

Sadek, M. T. Constitutional engineering in Brazil: the politics of federalism and decentralization. *Rev. Bras. Ci. Soc*, São Paulo, 15(42):153-54, 2000.

Schraiber, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, n. 17, maio, 1999.

Sessions, G. Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional. In: *Fundamentos da Avaliação*, n. 2, Rio de Janeiro: Coleção ABIA, 2001. 35 p.

Silva J. V. Informação e ação política democrática. *São Paulo Perspectiva* 1994;8(4):57-67.

Silva, R. G.; Fischer, F. M. Auditorias internas do sistema de gestão da segurança e saúde no trabalho. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, out./dez. 2004, v. 11, n. 4, p.1-12.

Souza, C. Intermediação de interesses regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização. *Dados*, Rio de Janeiro, 41(3): 569-92, 1998.

Souza, C. Federalismo e descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Dados*, Rio de Janeiro, 44(3): 513-60, 2001.

Souza, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciênc. Saúde coletiva*, 2001, v. 6, n. 2, p. 451-55.

Sposati, A.; Lobo, E. Controle social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, v. 8, n. 4, Rio de Janeiro, out./dez., 1992.

Starr, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. Mexico: Fondo de Cultura Economica, 1982. 514p.

Steckler A.; Mcleroy, R. M.; Goodman, R. M. Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction. *Health Education Quarterly*, 19(1):1-8.

Stengers, I. Da racionalidade científica: capturas, eventos, interesses. In: Stengers, I. *Quem tem medo da ciência: ciências e poderes*. São Paulo: Siciliano; 1990.

Stepan, A. Para uma análise comparativa do federalismo e da democracia: federações que restringem ou ampliam o poder do *demos*. *Dados*, v. 42, n. 2., 2000. p. 593-634.

Travassos, C.; Viacava, F; Fernandes, C. *et al.* Social and geographical inequalities in health services utilization in Brazil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2000, v. 5, n. 1, p. 133-49.

Triola, M. F. *Introdução à Estatística*. Rio de Janeiro: LTC, 2005, 9. ed. 682 p.

Triviños, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. *A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987. cap. 5, p. 116-75.

Uchoa, E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In: Canesqui, A. M. *Ciências sociais em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997. cap. 5, p. 87-109.

Vaitsman, J.; Rodrigues, R.W.S.; Sousa, R., P.. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Brasília: UNESCO, 2006.

Viana, A. L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, 1995, 24 (4):5-43.

Viana, A. L. Á.; Lima, L. D.; Oliveira, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2002, 7(3):493-507.

Vieira, A. L. S.; Filho, A. A.; Oliveira, E. S. Mercado de trabalho em saúde na região Sudeste-Brasil: a inserção da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2004, jan./fev; 12(1):134-8.

Weber, M. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982, 5. ed. 530 p.

Weber, M. *Metodologia das Ciências Sociais*. 2. ed. São Paulo/Campinas: Cortez/Editora da Unicamp, 1995. 453 p.

Weber, M. *Ciência e política: duas vocações*. 11. ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1999. 124 p.

Weber, M. *Economia e Sociedade*. Brasília/DF: Editora da Universidade de Brasília, 1999. 584 p.

Wilensky, H. L. The professionalization of everyone? In: Grusky, O.; Miller, G. (Org.). *The Sociology of organizations: basics studies*. New York: The Free Press, 1970.

Zanon, U. *Qualidade da assistência médico hospitalar*. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

Zarifian, P. *Objetivo competências: por uma nova lógica*. Trad. Maria Helena C. V. Trylinski. São Paulo: Atlas, 2001. 54 p.

Zucchi, A. L. *Contribuição ao estudo de auditoria de gestão*. 1992. 167 f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, São Paulo.

ANEXOS

ANEXO I

Roteiro para os Grupos Focais

- Apresentação
- Objetivo do Trabalho
- Solicitação de colaboração
- Sigilo quanto ao conteúdo gerado nos grupos focais
- Forma e conteúdo do Grupo Focal - Os integrantes do Grupo Focal abordam livremente o tema proposto e, quando necessário, serão realizadas perguntas simples e diretas, uma de cada vez. O mediador não deverá dar nenhuma informação sobre o tema antes da finalização do grupo.

Roteiro para os Grupos Focais com as equipes de auditores nas três esferas (Municipal, Estadual e Federal) do Sistema Nacional de Auditoria – SNA

1. O Sistema Nacional de Auditoria

- O que é auditoria?
- Como vocês percebem a trajetória histórica do SNA?
- Como é a estrutura operacional do SNA na esfera federal, estadual e municipal?
- Como se dá a relação entre essas três esferas?
- Falem dos avanços e dificuldades encontradas.

2. O quadro funcional do SNA

- O que é ser auditor?
- Fale sobre as funções de um auditor do DENASUS...
- Como vocês vêem o trabalho de auditor em saúde?
- Quais as facilidades e dificuldades para exercer a função?
- Vocês consideram necessária a formação específica para se exercer a função?
- Fale, criticamente, dos aspectos positivos e negativos, acerca da composição do quadro funcional do SNA... (Número de funcionários, formação escolar...)
- Quais os critérios/ requisitos técnicos para se compor esse quadro...

- Porque se transformou em auditor?
- O SNA realiza treinamentos com as equipes? Como vocês os vêem?
- Como vocês vêem o número de auditores atualmente?
- Quais os princípios que regem a função de auditor do DENASUS?
- A quem o auditor está ligado organizacionalmente?
- O que vocês pensam acerca da inexistência do cargo de auditor em saúde?

ANEXO II

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS AUDITORES PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL REALIZADO NA ESFERA MUNICIPAL, NA ESFERA ESTADUAL E NA FEDERAL PERTENCENTES AO SNA NO MUNICÍPIO ESTUDADO

1. Sexo: () Feminino () Masculino
2. Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Separado
() Outros
3. Idade: _____ 4. Naturalidade: _____
6. Escolaridade: _____ 7. Formação Acadêmica _____
8. Profissão _____ 9. Pós-graduação _____
10. Salário: _____ 11. Cargo atual: _____
12. Tempo de trabalho neste cargo: _____
13. Idade ao ser admitido na Instituição: _____
14. Idade ao ocupar a função de auditor: _____
15. Forma de admissão no cargo: () Concurso () Contrato () Outros
16. A Função de auditor tem relação com o cargo: () Sim () Não
17. Tempo de trabalho como auditor: _____
18. Critério de admissão para o exercício da função da auditoria:
() Formação técnica
() Experiência anterior
() Outro
19. Cursos de Formação Específica em Auditoria: () Sim () Não
20. Tem sido ofertado algum Programa de Educação Continuada em Auditoria:
() Sim () Não
21. Carga horária semanal de trabalho: _____
22. Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite () Esquema de plantão
() Cumprimento de metas
23. Leva trabalho para casa: () Sim () Não
24. Exerce outra atividade profissional além da auditoria: () Sim () Não

ANEXO III

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS NAS TRÊS ESFERAS DO SNA NO ÂMBITO NACIONAL

ESFERA:

ESTADO:

1. No seu Estado/Município existe o cargo de Auditor em Saúde? () Sim () Não
2. Se não existe o cargo de auditor, o exercício da função tem relação com o cargo do funcionário: () Sim () Não
3. Forma de admissão no cargo: () Concurso () Contrato () Outros
4. Critério de admissão para o exercício da função da auditoria: () Formação técnica
() Experiência anterior
() Outro
5. Carga horária semanal de trabalho: _____ 6. Remuneração: _____
7. Turno de trabalho: () Manhã/Tarde/Noite () Esquema de plantão
() Cumprimento de metas
8. Quantos auditores compõem o quadro de auditores na sua localidade? _____
9. Quanto ao gênero? Número: _____ Homens _____ Mulheres
10. Qual a média de faixa etária do corpo de auditores da sua localidade?
() 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 50 anos () 51 a 60 anos
11. Qual o número de auditores pelo grau de formação?
2º. Grau _____ 3º. Grau _____
12. Qual a formação acadêmica dos profissionais da sua equipe?
() Administradores () Engenheiros () Psicólogos
() Advogados () Fisioterapeutas () Serviço Social
() Biólogos () Fonoaudiólogos () Terapeutas Ocupacionais
() Cirurgiões-dentistas () Médicos () Outros- Favor especificar
() Enfermeiros () Nutricionistas
() Pedagogos
13. Na sua localidade tem sido ofertado algum Programa de Educação Continuada em Auditoria: () Sim () Não
14. Na sua localidade existe uma articulação no trabalho relativo à auditoria realizado no âmbito das esferas federal/estadual/municipal? () Sim () Não

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (a)

Prezado(a) sr. (a) ,

Esta pesquisa pretende analisar a estruturação, força de trabalho, avanços e desafios do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas esferas federal, estadual e municipal do SUS em uma capital de estado da região Sudeste habilitada como Gestão Plena do Sistema Municipal. Nesse sentido, conto com a sua participação e esclareço que:

- O campo da Saúde necessita conhecer quem controla “a qualidade das ações de serviços prestados” nesse campo. Garantir a qualidade dessas ações é o principal objetivo do Sistema Nacional de Auditoria e pressuposto básico para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. A importância desse conhecimento se situa no sentido de conferir legitimidade ao Sistema Nacional de Auditoria e de outorgar credibilidade aos aprimoramentos necessários ao processo de gestão.
- A sua operacionalização se fará através de Grupos Focais com os integrantes de cada esfera do SUS.
- Você tem inteira liberdade de participar ou não.
- Após o Grupo Focal, caso sinta necessidade, estarei à disposição para discutir algum aspecto que tenha mobilizado algo pessoal.

Atenciosamente,

Marilene Barros de Melo
Doutoranda ENSP/FIOCRUZ

Por esse instrumento eu, _____

C.I. _____ autorizo a doutoranda **MARILENE BARROS DE MELO** a utilizar minhas respostas do questionário e as gravadas ao longo do Grupo Focal para elaboração do trabalho de pesquisa: “O Sistema Nacional de Auditoria no SUS”. Afirmo que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, quanto ao caráter confidencial de minhas respostas e quanto ao destino dos dados coletados (os relatos gravados serão transcritos e os dados, depois de analisados, poderão ser divulgados por meio de produção de texto científico ou de apresentação em evento de caráter científico). Todos os dados referentes à pesquisa respeitarão meu direito de não identificação.

_____, de _____ de 2005.

Assinatura do participante

Para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para encaminhar sugestões:

Marilene Barros de Melo

Av. Francisco Sales, 1614/502
31170-000 - Belo Horizonte/MG
Fones: 3281-4505 / 99718838

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Sala 914
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ –
CEP. 21041-210 – Telefax: (21) 2598-2570

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (b)

Prezado(a) sr. (a) ,

Esta pesquisa pretende analisar a estruturação, a força de trabalho, os avanços e desafios do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas esferas federal, estadual e municipal do SUS. A pesquisa nessa última esfera se dará no âmbito das capitais estaduais. Entendendo a importância desse sistema para o aprimoramento da gestão em saúde no SUS, conto com a sua participação e esclareço que:

- O campo da Saúde necessita conhecer quem controla “a qualidade das ações de serviços prestados” nesse campo. Garantir a qualidade dessas ações é o principal objetivo do Sistema Nacional de Auditoria e pressuposto básico para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. A importância desse conhecimento se situa no sentido de conferir legitimidade ao Sistema Nacional de Auditoria e de outorgar credibilidade aos aprimoramentos necessários ao processo de gestão.
- A sua operacionalização se fará além de Grupos Focais com os integrantes de cada esfera do SUS em determinado estado da federação; de questionários como o que acompanha esse termo. Os instrumentos de coletas utilizados são de caráter estritamente confidencial e a divulgação dos dados se dará através da produção de texto ou apresentação em evento de caráter estritamente científico.
- Você tem inteira liberdade de participar ou não.

Atenciosamente,

Marilene Barros de Melo
Doutoranda ENSP/FIOCRUZ

Por esse instrumento eu, _____

C.I. _____ autorizo a doutoranda **MARILENE BARROS DE MELO** a utilizar minhas respostas do questionário para elaboração do trabalho de pesquisa: “O Sistema Nacional de Auditoria no SUS”. Afirmando que fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos da pesquisa, quanto ao caráter confidencial de minhas respostas e quanto ao destino dos dados coletados (os relatos gravados serão transcritos e os dados, depois de analisados, poderão ser divulgados por meio de produção de texto científico ou de apresentação em evento de caráter científico). Todos os dados referentes à pesquisa respeitarão meu direito de não identificação.

, de _____ de 2006.

Assinatura do participante

Para esclarecer quaisquer dúvidas, bem como para encaminhar sugestões:

Marilene Barros de Melo

Av. Francisco Sales, 1614/502
31170-000 - Belo Horizonte/MG
Fones: 3281-4505 / 99718838

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 – Sala 914
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ –
CEP. 21041-210 – Telefax: (21) 2598-2570

ANEXO VI



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 09 de maio de 2005.

Parecer Nº 31/05
CAAE: 0055.0.031.000-45

Título do Projeto: "O Sistema Nacional de Auditoria Sistema Único no SUS"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Marilene Barros de Melo

Orientadora: Jeni Vaitsman

Instituição onde se realizará: O Sistema Nacional de Auditoria no SUS, esferas federal, estadual e municipal do SUS, no município de Belo Horizonte.

Tipo de projeto: Projeto de Tese de Doutorado em Saúde Pública/ENSP

Data de qualificação: 29 / 04 / 2005 (Doutorado)

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 04 / 2005

Data de apreciação: 04 / 05 / 2005

O projeto "O Sistema Nacional de Auditoria Sistema Único no SUS", da pesquisadora Marilene Barros de Melo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública e considerado aprovado.

Parecer do CEP Aprovado

Profa. Dr.ª Patrícia Favres de A. Melo
Pesquisador Associado
Matr. 7613-3 - ENSP/FIOCRUZ

