

## **RESPONSABILIDADES DE GESTÃO EM AUDITORIA: ANÁLISE DO PACTO PELA SAÚDE EM ESTADOS BRASILEIROS**

### **RESPONSABILIDAD DE GESTIÓN AUDITORIA: ANÁLISIS DEL PACTO DE SALUD EN ESTADOS BRASILEÑOS**

### **RESPONSIBILITIES ABOUT AUDIT: REVIEW OF THE MANAGEMENT IN HEALTH PACT BETWEEN BRAZILIAN STATES**

Fábio Solon Tajra<sup>1</sup>, Angelo Brito Rodrigues<sup>2</sup>, Rosana Solon Tajra<sup>3</sup>, Pedro Gomes Cavalcante Neto<sup>4</sup>, Maria Socorro de Araújo Dias<sup>5</sup>, Geison Vasconcelos Lira<sup>6</sup>

#### **RESUMO**

O Pacto pela Saúde foi apresentado como uma proposta de avanço estratégico e de formalização na área da saúde. A partir disso, houve a necessidade da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que reuniu alguns dos compromissos assumidos pelos gestores como a auditoria em saúde. O objetivo deste estudo é analisar o cumprimento das responsabilidades de gestão acerca do eixo de auditoria no SUS tendo como referência o TCG entre os estados brasileiros. Foi realizada pesquisa documental a partir da fonte de dados disponíveis na Sala de Apoio Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Foram observados níveis satisfatórios (80,77%) quanto ao cumprimento destas responsabilidades. Contudo, faz-se necessário maior empenho da gestão, uma vez que a auditoria tem assumido,

---

<sup>1</sup> Mestre em biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral;Especialista em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia em Sobral, Ceará;Especialista em Auditoria em Sistemas e Serviços de Saúde pela Associação Brasileira de Odontologia - Secção Ceará em Fortaleza;Especialista em Gestão em Serviços de Saúde pela Escola de Saúde Pública do Ceará em Fortaleza.E-mail: [fabioludus@gmail.com](mailto:fabioludus@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (2010). Professor Auxiliar I do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI) Campus Almirante Barroso Sobral (CAFS).E-mail: [gelobrito25@gmail.com](mailto:gelobrito25@gmail.com)

<sup>3</sup> Cirurgiã-dentista. Mestre em Gestão e Modernização Pública pela Universidade Estadual Vale do Acaraú e Universidade Internacional de Lisboa (2005). Colaboradora da Pró-reitoria de Extensão da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Professora Efetiva do curso de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú no município de Sobral, Ceará.E-mail: [rosanatajra@gmail.com](mailto:rosanatajra@gmail.com)

<sup>4</sup> Médico. Mestre em Saúde Pública pela UFC (2008). Especialista em Saúde da Família pela Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral/CE (2004). Titulado em Medicina de Família e Comunidade pela Sociedade Brasileira da especialidade (2006). Professor do Curso de Medicina de Sobral, da Universidade Federal do Ceará. Coordenador do Internato em Medicina de Família e Coordenador Geral do Módulo Longitudinal de Atenção Básica.E-mail: [pedroqcn@yahoo.com.br](mailto:pedroqcn@yahoo.com.br)

<sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem Comunitária pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, Ceará. Coordenadora Adjunta e docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família pela Rede Nordeste em Saúde da Família/Nucleadora UVA. Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família UFC/Sobral. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa Educação Transformadora, Saúde Coletiva e Saúde Coletiva/UVA/CNPq.

<sup>6</sup> Médico. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza (2003) e Doutorado em Educação pela UFC (2010). Professor assistente do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará - Campus Sobral, desenvolvendo pesquisa na temática de avaliação curricular em Educação Médica.E-mail: [vasconlira@gmail.com](mailto:vasconlira@gmail.com)

ao longo do processo de reforma sanitária, significativo apoio ao processo decisório na garantia dos princípios de eficácia, eficiência, efetividade e economicidade.

**Descritores:** Auditoria Administrativa, SUS, Gestão em Saúde.

## RESUMEN

El Pacto por la Salud se presentó una nueva propuesta para el avance estratégico y la formalización en la asistencia sanitaria. Hubo la necesidad de la firma del compromiso de gestión, que reunió a algunos de los compromisos asumidos por los administradores de la auditoría. El objetivo de este estudio es analizar el desempeño de las responsabilidades de gestión sobre la auditoría en SUS en referencia al carta entre los estados brasileños. La investigación documental se llevó a cabo a partir de la fuente de datos disponible en el sitio del Apoyo Estratégico Participativo / Ministerio de Salud. Se observaron niveles satisfactorios (80,77%) en el cumplimiento de estas responsabilidades. Sin embargo, es necesario un mayor compromiso de la administración, una vez que la auditoría se ha hecho cargo del proceso de reforma de la salud, la política significativo de decisiones en la garantía de los principios de eficacia, eficiencia, eficacia y economía.

**Descriptorios:** Auditoría Administrativa, SUS, Gestión en la Salud.

## ABSTRACT

The Health Pact presented a new proposal for strategic advancement and formalization in healthcare. In this moment, there was the necessity of signing the commitment management which gathered some of the commitments made by managers as auditing in health. The aim of this study is to analyze the performance of management responsibilities about audit in SUS in reference to the document among brazilian states. Documentary research was carried out from the data source available in the site of the Participatory Strategic Support / Ministry of Health.

We observed satisfactory levels (80.77%) in meeting these responsibilities. However, it is necessary to greater commitment of management, once the audit has taken over the process of health reform, significant policy making in ensuring the principles of effectiveness, efficiency, effectiveness and economy.

**Descriptors:** Management Audit, SUS, Health Management.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a origem do sistema de saúde atual esteve relacionada com os aspectos econômicos e políticos que o país vivenciou. De uma forma geral, foi configurado a partir de um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então<sup>(1)</sup>.

Em se tratando da administração pública, o movimento de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem assumindo diferentes estratégias. A reforma democrática do Estado trouxe uma perspectiva diferente de atuação para a gestão em saúde em que seria necessária a incorporação de instrumentos que pudessem fortalecer esta ‘nova saúde pública’ vivenciada no país<sup>(2)</sup>.

Já em 2006, foi apresentada uma proposta de avanço estratégico e formalização na área da saúde, o Pacto pela Saúde. Esta proposta foi editada por meio da Portaria Nº. 399/GM que buscava subsidiar o processo de consolidação do SUS e a qualificação da gestão pública, buscando maior efetividade, eficiência e qualidade das respostas. O processo de pactuação foi apresentado sob três dimensões: Pacto em defesa do SUS, Pacto pela Vida e Pacto de Gestão<sup>(3)</sup>.

O Pacto de Gestão, especificamente, enfatizou a importância das responsabilidades sanitárias em cada uma das esferas administrativas. Segundo a Portaria Nº. 699/GM, de 30 de

março de 2006<sup>(4)</sup>, houve a necessidade da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que formalizou alguns dos compromissos assumidos pelos gestores.

Em se tratando do processo de habilitação, a adesão ao Termo trouxe outra perspectiva de gestão. A partir disso, os estados, Distrito Federal e os municípios, passaram a ser gestores plenos da responsabilidade sanitária<sup>(5)</sup>. Esta lógica de gestão proporcionou aos gestores maior autonomia frente à máquina pública traduzida pela possibilidade de participação na elaboração de leis, a exemplo das Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), dos orçamentos propriamente ditos, dos Planos Plurianuais (PPA) e outros procedimentos administrativos.

Em diversos países do mundo, tal estratégia vem sendo implementada com resultados diferenciados<sup>(6)</sup>. No Brasil, a efetivação do princípio de descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária. Contudo, embora haja um consenso sobre os benefícios potenciais deste processo, os resultados da sua operacionalização mostram que há relação intrínseca com a mediação de um conjunto de fatores políticos, sociais e relacionais<sup>(7)</sup>.

No tocante à gestão financeira, por meio desta nova proposta, os fundos de saúde passaram a ser controlados pelos gestores locais. A partir disso, foi reconhecida a necessidade de apropriação acerca da administração dos recursos repassados, bem como o exercício das práticas de controle, avaliação e auditoria.

Aliado à isso, este documento apresentou o eixo de auditoria como uma frente de trabalho relevante associado ao processo de controle, regulação e avaliação<sup>(8)</sup>. Tal fato foi entendido como uma evolução normativa que foi responsável pelo reconhecimento da auditoria como estratégia de detecção das distorções e proposição de correções no SUS. Isso agregou uma perspectiva diferenciada na gestão da máquina pública a partir da análise sistemática das ações e serviços de saúde e verificação de cumprimento de todo o arsenal de responsabilidades que estas normas incorporavam ao longo do processo de gestão<sup>(9)</sup>.

Mais recentemente, o Decreto Nº 7.508 de 28 de junho de 2011 foi apresentado como proposta de regulamentação da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Aliado a isso, a Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, também teve destaque no que diz respeito ao aperfeiçoamento, administração e organização do sistema. Frente à reformulação das políticas públicas e incorporação de novas estratégias de trabalho em saúde, a auditoria passou a ser entendida como elemento permanente e indispensável para o controle dos bens públicos<sup>(9-11)</sup>.

Embora a auditoria tenha sido incorporada como ferramenta de apoio à gestão e esteja fortalecida por meio das bases normativas citadas, seus benefícios só poderão ser percebidos à medida que possa ser comprovado o cumprimento das responsabilidades dos gestores de todas as esferas do governo, seja ela municipal, estadual ou da união. Para tanto, o objetivo deste estudo é analisar o cumprimento das responsabilidades de gestão acerca do eixo de auditoria no SUS tendo como referência o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto de Gestão entre os estados brasileiros.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e de caráter avaliativo normativo, no qual foram analisados dados secundários referentes à condição de gestão e aos TCG do Pacto pela Saúde.

A coleta dos dados foi realizada diretamente no banco de dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do Ministério da Saúde no eixo de Gestão/Financiamento. A partir dele, foi possível visualizar os TCG de cada um dos estados brasileiros. A pesquisa foi

realizada no segundo semestre de 2012 e as informações analisadas correspondem ao ano de 2008 como data de publicação e, 2011, como data de validação dos documentos.

O TCG é a declaração pública para a formalização dos compromissos assumidos pelos gestores em saúde na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS<sup>(12)</sup>. Este documento foi resultado de um processo de pactuação e apoio entre os entes federados diretamente envolvidos no que diz respeito às dimensões Pela Vida e de Gestão do Pacto pela Saúde.

Dentre os aspectos que este documento apresenta, podemos relacionar as atribuições e responsabilidades sanitárias do gestor seguindo sete áreas<sup>(13,14)</sup>. Foi na área relacionada ao eixo de auditoria em que foram pautadas as nossas análises.

Como critério de inclusão deste estudo, foram admitidas todos os estados brasileiros, representados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), independente da adesão ao Pacto pela Saúde. O desenvolvimento do estudo foi dividido esquematicamente em três etapas, a saber: avaliação do tipo de gestão; avaliação do cumprimento das responsabilidades dos gestores quanto às atividades de auditoria em saúde; e, avaliação de desempenho de gestão.

No que diz respeito ao tipo de gestão, foi investigada a situação em que as SES se encontravam em relação à adesão ao Pacto pela Saúde, sendo estabelecidas as categorias: sem adesão; adesão plena do sistema; e, gestão por meio do Pacto pela Saúde.

No cumprimento das responsabilidades de auditorias prévias no Pacto pela Saúde, foram identificadas seis atividades e analisados os documentos por estado, em planilha elaborada pelo pesquisador.

Para avaliar o desempenho da gestão foi construído o indicador denominado Cumprimento Global de Atividades de Auditoria (CGAA) a partir do referencial metodológico proposto por Goes e colaboradores<sup>(15)</sup>. Trata-se do quociente resultante das atividades realizadas pela auditoria em saúde, pelo número correspondente geral de atividades

relacionadas à temática e constante no Pacto de Gestão, multiplicado por 100. Foram classificados os desempenhos dos serviços em sete níveis, sendo classificado no Nível 1 (nível mínimo) a SES que não realiza as responsabilidades e no Nível 7 (nível máximo), a que realiza a totalidade das responsabilidades.

Os dados obtidos foram tabulados pelo programa estatístico SPSS versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) e as análises descritivas operacionalizadas para analisar o percentual de cumprimento das atividades e o desempenho de gestão acerca da temática de auditoria em saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao realizar a análise do tipo de gestão dos estados brasileiros no ano de 2008, percebemos que dezoito deles apresentavam mais de 50% dos municípios, ainda, sem adesão ao Pacto (Tabela 1). Esta informação nos traz alguns questionamentos acerca deste processo: havia compreensão dos gestores quanto a esta nova conquista? Quais eram os receios para a sua adesão? Os gestores contavam com equipes preparadas para a incorporação do processo de controle, avaliação e auditoria apropriados?

Sabemos que a maioria das respostas a estas perguntas levou ao fortalecimento das ferramentas de gestão como condição para o apoio à tomada de decisão em saúde pública. Partindo deste ponto de vista, a auditoria se consolidou como recurso alavancador, uma vez que possibilitou a avaliação a qualidade dos processos e dos resultados das ações e serviços de saúde<sup>(16,17)</sup>. Contudo, tais questionamentos geram a necessidade de desenvolvimento de outros estudos a nível local, uma vez que demandam a apropriação do contexto de atuação de

cada gestor em saúde e avaliação dos recursos disponíveis por ele na condução do processo decisório.

**Tabela 1:** Registro do percentual de municípios por tipo de gestão, segundo os estados, Brasil, 2008.

Região	Total de municípios	Tipo de Gestão		
		Sem adesão (%)	Plena do sistema (%)	Pacto pela Saúde (%)
<b>Norte</b>				
Rondônia	52	30,8	5,8	63,5
Acre	22	86,4	0,0	13,6
Amazonas	62	82,3	16,1	1,6
Roraima	15	60,0	0,0	40,0
Pará	143	68,5	31,5	0,0
Amapá	16	87,5	12,5	0,0
Tocantins	139	66,9	5,0	28,1
<b>Nordeste</b>				
Maranhão	217	51,6	7,8	40,6
Piauí	224	96,4	3,6	0,0
Ceará	184	4,9	0,0	95,1
Rio Grande do Norte	167	13,8	0,0	86,2
Paraíba	223	85,2	13,0	1,8
Pernambuco	185	82,7	12,4	4,9
Alagoas	102	51,0	6,9	42,2
Sergipe	75	93,3	6,7	0,0
Bahia	417	86,6	4,8	8,6
<b>Sudeste</b>				
Minas Gerais	853	8,8	0,8	90,4
Espírito Santo	78	25,6	44,4	50,0
Rio de Janeiro	92	62,0	18,5	9,5
São Paulo	645	0,2	0,2	99,7
<b>Sul</b>				
Paraná	399	2,5	0,0	97,5
Santa Catarina	293	63,1	3,4	33,4
Rio Grande do Sul	496	97,0	3,0	0,0
<b>Centro-Oeste</b>				
Mato Grosso do Sul	78	0,0	0,0	100,0
Mato Grosso	141	44,7	1,4	53,9
Goiás	246	66,3	4,1	29,7
Distrito Federal	1	100,0	0,0	0,0

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2012.



Vale ressaltar que, nas diferentes regiões e estados do país, a adesão ao Pacto se deu de forma irregular (Tabela 1). Estados como o Ceará, Minas Gerais, São Paulo, Paraná e o Mato Grosso do Sul obtiveram índices surpreendentes logo neste período, dois anos após a publicação da portaria regulamentadora. Alguns registros da literatura afirmam que o ano de 2008 foi o momento de maior concordância com a nova proposta do governo. Segundo Nota Técnica N° 08/2012 do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) / Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) / Ministério da Saúde (MS), foram registradas 2.509 adesões municipais com portaria publicada em todo o país, que corresponderia a 55,13% das adesões do período compreendido entre 2007 e o mês de março de 2012. Proporcionalmente, as regiões sudeste e sul obtiveram os maiores destaques em 2008. Outros resultados isolados, como o caso do Ceará na região nordeste, apresentaram maturidade na gestão pública logo neste período e comprovaram sua vocação por inovação, compromisso e entusiasmo relacionado ao processo de administração pública gerencial.

No âmbito do eixo de ferramentas de gestão e, mais especificamente a auditoria em saúde, seria por meio da análise das responsabilidades dos gestores presentes no TCG que poderíamos comentar sobre o perfil das regiões e estados do país. Vale ressaltar que, durante o processo de assinatura do Termo, as ações e serviços de competência dos entes envolvidos que ainda não estavam sendo realizadas, deveriam compor um plano de trabalho para a sua implantação. A partir disso, a proposta do governo foi de monitorar, avaliar e anualmente repactuar as metas e compromissos estabelecidos neste documento.

A auditoria dos sistemas e serviços de saúde no país teve destaque histórico<sup>(18)</sup>. Há evidências da utilização da auditoria pelo extinto Instituto Nacional de Assistência da Previdência Social – INAMPS. A sua regulamentação foi realizada por meio do Decreto N° 809, que, definia a auditoria como órgão de assistência direta e imediata ao presidente,

juntamente com a Procuradoria-Geral. Nesta ocasião, estabelecia como competências desta ferramenta de gestão: controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros destinados à assistência à saúde e aos pagamentos de serviços prestados e repassados aos Estados, Distrito Federal e municípios, pelo INAMPS.

Em meio do processo de reforma sanitária defendido na Constituição de 88, a auditoria passou a ser encarada como atividade de apoio ao processo de tomada de decisões em saúde<sup>(19)</sup>. Sendo assim, adquiriu um caráter de suporte à gestão e expandiu as suas possibilidades de atuação, não somente para o controle interno, mas também para o desenvolvimento de uma postura pedagógica que favoreceria o processo de trabalho em saúde.

Em 1990, a Lei Nº 8.080, estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) como instrumento em que seria atribuída à coordenação da avaliação técnica e financeira do SUS em todo território nacional. Um pouco mais tarde, por meio do Decreto Nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, o SNA foi regulamentado e a ele foram definidas as competências nos três níveis de gestão: Federal, Estadual e Municipal. A partir desta base normativa, competia ao SNA a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, que seria realizada de forma descentralizada. Além disso, havia sido designado o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria como órgão central do SNA.

Em meio a esta regulamentação, a auditoria passou a ser entendida como sendo “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”<sup>(20)</sup>. Assim, o processo de auditoria deveria garantir “a qualidade das ações de serviços prestados no campo da saúde”<sup>(21)</sup>.

Vale acrescentar que a implementação de novas bases políticas normativas, como as Leis Orgânicas da Saúde, o Pacto pela Saúde de 2006, o Programa Mais Saúde, o Decreto Nº

7.508 de 2011 e a Lei Complementar Nº 141 de 2012, por exemplo, contribuíram para o seu fortalecimento como ferramenta de gestão pública no país. Em se tratando de fundamentação técnica, foram identificados muitos avanços e a sua vivência em saúde contribuiu para o aperfeiçoamento de novas propostas metodológicas.

Em 2007, a Auditoria passou a ser eixo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (PARTICIPASUS), aprovada pela Portaria N.º 3.027. Esta base normativa passou a orientar as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS. Somadas às ações de auditoria, o objetivo desta Política seria garantir maior eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde<sup>(22)</sup>.

Com toda esta fundamentação técnica-normativa, seria indispensável desenvolver um processo de análise das responsabilidades de gestão acerca da auditoria no SUS por meio da avaliação do Pacto pela Saúde entre as regiões e estados do Brasil. Como componente da área de regulação, controle, avaliação e auditoria do TCG, este recurso seria componente indispensável, quando se pretende fortalecer a máquina pública e o apoio ao processo decisório.

A partir dos dados investigados, percebemos que em todo o país os estados estão atentos a esta contribuição e se utilizam deste recurso como instrumento de análise sistemática dos sistemas e serviços de saúde. Em geral, somente o Amapá não apresentou dados relativos ao cumprimento das responsabilidades deste eixo. Aliado a isso, percebemos que não havia sido disponibilizado ao acesso público as informações de três estados (Amazonas, Paraíba e Rio de Janeiro) e, desta forma, não foi possível realizar nenhuma

inferência sobre a realidade vivenciada nestes espaços. Os outros estados se mostraram realizadores de pelo menos uma das opções.

Os resultados obtidos nos levam a crer que a auditoria consiste em um recurso que permeia as atividades do cotidiano da gestão em saúde e, neste sentido, deve ser potencializada. Esta tem sido uma temática recorrente na elaboração e apresentação de bases normativas voltadas para o processo de gestão em saúde.

Em se tratando do indicador elaborado para avaliar o nível de cumprimento das atividades de auditoria, intitulado por estes autores de Cumprimento Global de Atividades de Auditoria (CGAA), avaliamos como satisfatório o índice obtido pelos estados levando em consideração à totalidade de ações previstas (Tabela 2). Em geral, grande parte deles estava classificado como níveis 5, 6 e 7 e representavam o cumprimento de quatro responsabilidades ou mais. Isso repercute positivamente na valorização da auditoria como instrumento de gestão da máquina pública.

As bases para a construção do diálogo entre as esferas de governo foram instituídas por meio deste tipo de Pacto e, desta forma, elaborar, controlar e avaliar as atividades de auditoria seria condição *sine qua non* para o processo de gestão<sup>(15)</sup>. Sendo assim, caberia aos gestores o cumprimento das responsabilidades de gestão na busca por sua totalidade como recurso para a materialização da proposta de governo em cada um dos estados.

Diante deste contexto, alguns autores revelam que “incentivar responsabilidade implica uma relação de poder, essencialmente compartilhada entre instâncias do Estado e delegação de poder para o que se deve chamar de instância comunitária”<sup>(23)</sup>. A partir dessa lógica conceitual, percebemos que o processo de divisão decisória é complexo e somente será efetivo se forem respeitadas as responsabilidades em cada um dos níveis de governo e gestão.

Por fim, vale acrescentar que algumas pesquisas já foram realizadas, a fim de avaliar o processo de trabalho oportunizado pelo Pacto de Gestão em alguns estados<sup>(24)</sup>. Contudo,

outros estudos poderão ser realizados de forma complementar a esta análise, com o propósito de verificar se a auditoria constitui um elemento norteador do planejamento em saúde e se tem respaldadas as suas constatações e recomendações ao sistema ou serviço de saúde.

**Tabela 2:** Avaliação do Desempenho de Gestão por meio do indicador de Cumprimento Global de Atividades de Auditoria (CGAA), segundo as regiões, Brasil, 2011.

Região	Desempenho de Gestão															
	Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		Nível 5		Nível 6		Nível 7		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte*	1	14,28	0	0,00	1	14,28	0	0,00	2	28,57	0	0,00	2	28,57	7	100,00
Nordeste*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	22,22	3	33,33	3	33,33	9	100,00
Sudeste*	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	25,00	2	50,00	4	100,00
Sul	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	2	66,67	3	100,00
Centro-oeste**	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	33,33	0	0,00	0	0,00	2	66,67	3	100,00
TOTAL	1	3,84	0	0,00	1	3,84	1	3,84	4	15,38	5	19,23	11	42,31	26	100,00

\*Para os estados do Amazonas (NO), Paraíba (NE) e Rio de Janeiro (SE), não foram disponibilizados dados para visualização do TCG.

\*\* Ao Distrito Federal (DF), não se aplicam três das responsabilidades.

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2012.

## CONCLUSÃO

O processo de adesão à esta proposta do governo, mesmo apresentando diferentes registros de frequências percentuais acerca do cumprimento das responsabilidades realizadas pelos gestores entre os estados brasileiros, possibilitou uma análise global quanto ao eixo de auditoria.

Em se tratando da proporção de estados brasileiros que desempenham responsabilidades de gestão acerca do eixo de auditoria no SUS tendo como referência o TCG do Pacto de Gestão, verificamos que somente 3,84% deles não realizavam nenhuma das atividades. Dentre as regiões onde foram observadas estas informações, as Regiões Norte e Centro-oeste concentraram as menores taxas de cumprimento das atividades.

Em geral, acreditamos que este eixo deve receber mais atenção, já que tem assumido, ao longo do processo de reforma sanitária, significativo apoio ao processo decisório na garantia dos princípios de eficácia, eficiência, efetividade e economicidade. Isso está sendo defendido, atualmente, por meio da regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde e oficialização do Contrato Organizativo da Ação Pública. Neste sentido, vale a pena reunir esforços e agregar recursos para a sua implementação junto a cada um dos níveis de gestão em saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Linard AG, Chaves ES, Rolim ILTP, Aguiar MIF. Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2011 Mar [citado em 2013 Mar 19]; 32(1): 114-120. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100015&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100015&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000100015>.
2. Carvalho AI. Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM 699, de 30 mar 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. secretaria executiva. departamento de

- apoio à descentralização. Coordenação Geral de apoio à Gestão descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da saúde, 2006b. 76 p
5. Fadel CB, Schneider L, Moimaz, SAS, Saliba NA. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Rev. Adm. Pública.* 2009; 43(2):445-456.
  6. Huff-Rouselle M. Myths and realities about decentralization of health systems. *Int J Health Plann Manage.* 2001; 16:172-4.
  7. Paim JS. Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde.* Rio de Janeiro: Editora Medsi; 2003. p. 455-66.
  8. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria GM n. ° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006c. Seção 1, p. 43.*
  9. Melo MB, Vaitsman J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. *São Paulo em Perspectiva.* 2008; 22(1): 152-164.
  10. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). *Legislação Estruturante do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS 2011, 13).
  11. Barcellos VF, Santos LC. Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão. *BDJur, Brasília, DF, 3 maio 2010.* Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/29978> Acesso em 29 de mar de 2012.
  12. Guerreiro JV, Branco MAF. Dos pactos políticos à política dos Pactos na Saúde. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011; 16(3): 1689-1698.

13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
14. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Julho [citado em 2013 Mar 19]; 17(7): 1903-1914. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000700030&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700030&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.
15. Goes PSA, Figueiredo N, Neves JC, Silveira FMM, Costa JFR, Pucca Júnior GA. Avaliação da atenção secundária em saúde bucal: uma investigação nos centros de especialidades do Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 Julho [citado em 2013 Mar 19]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001300009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001300009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300009>.
16. Prizskulnik G. Auditoria no sistema público de saúde no Brasil. In: GONÇALVES, V. F. (Coord.). Fronteiras da auditoria em saúde. São Paulo: RTM, 2008. p. 125–132.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Para entender a gestão do SUS: Controle, regulação, avaliação e auditoria/ Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde Brasília-DF, 2003.
18. Melo MB; Vaitsman J. Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 152-164, jan./jun. 2008.
19. Barcellos VF; Santos LC. Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão. BDJur, Brasília, DF, 3 maio 2010. Disponível em: <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/29978> Acesso em 29 de mar de 2012.
20. Ministério da Saúde (BR). Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.



21. Ministério da Saúde (BR). Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.
22. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 44 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
23. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o "Pacto de Gestão" no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12(4): 893-902.
24. Junqueira V, Cortizo CT, Vieira NP, Santos APL, Santos FS, & Lacaz, FAC. O Pacto pela Saúde e a gestão da força de trabalho na Atenção Básica do SUS: um retrato da situação de alguns municípios no Estado de São Paulo. Physis. 2011; 21(2): 675-693.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2013-07-31

Last received: 2013-09-20

Accepted: 2013-09-26

Publishing: 2013-09-30

**Corresponding Address**

Fábio Solon Tajra

Avenida Dom José, 2440. Sobral, Ceará.