

**TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO
INSTITUTO SERZEDELLO CORRÊA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

Aluno: Eduardo Favero

TÍTULO: Análise dos Controles dos Repasses Fundo a Fundo na Saúde

Brasília

2009

Eduardo Favero

TÍTULO: Análise dos Controles dos Repasses Fundo a Fundo na Saúde

Monografia apresentada para aprovação no curso de Especialização em Auditoria Interna e Controle Governamental do Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União.

Orientador: Ronald da Silva Balbe

Brasília

2009

Autorização

Autorizo a divulgação do texto completo no sítio da Câmara dos Deputados, do TCU, da AGU e da CGU e a reprodução total ou parcial, exclusivamente, para fins acadêmicos e científicos.

Assinatura: _____

Data ____/____/____

Favero, Eduardo.

Análise dos controles dos repasses fundo a fundo na saúde [manuscrito] / Eduardo Favero. -- 2009.

73 f.

Orientador: Ronald da Silva Balbe.

Impresso por computador.

Monografia (especialização) – Escola da AGU, da Advocacia-Geral da União, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), da Câmara dos Deputados, Secretaria Federal de Controle Interno (SFC), da Controladoria Geral da União e Instituto Serzedello Corrêa (ISC), do Tribunal de Contas da União, Curso de Especialização em Auditoria Interna e controle Governamental, 2009.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) (SUS). 2. Brasil. Tribunal de Contas da União (TCU). 3. Transferência de recursos, controle, Brasil. 4. Controle interno, Brasil. 5. Auditoria, Brasil. I. Título.

CDU 336.126.5:614(81)

Análise dos Controles dos Repasses Fundo a Fundo na Saúde

Monografia – Curso de Especialização em Auditoria Interna e Controle Governamental do Instituto Serzedello Corrêa do Tribunal de Contas da União – 2º Semestre de 2009.

Aluno: Eduardo Favero

Banca Examinadora:

Ronald da Silva Balbe

Francisco Eduardo de Holanda Bessa

Brasília, 20 de novembro de 2009.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido o dom da vida e as oportunidades de evolução,

A meus pais, Ari e Tina, pela criação, educação e amor que me proporcionaram,

A minha mulher e companheira Joilma, inspiração maior de minha vida, por sempre me dar forças nos momentos difíceis,

A meus filhos Thiago e Gabriel, dois tesouros que Deus me concedeu para amar e orientar nas trilhas da vida, pelo carinho e compreensão.

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE EM LÍNGUA VERNÁCULA

Resumo:

Monografia que se propôs a analisar os repasses fundo a fundo nos dois maiores programas do Ministério da Saúde, que tratam da atenção hospitalar e ambulatorial e da atenção básica à saúde, e a forma de estruturação e atuação do sistema de controle de tais transferências de recursos federais. Por meio de revisão bibliográfica, questionários, entrevistas, análise SWOT e o “framework Coso Report”, apontou-se e classificou-se os pontos fracos, fortes, ameaças e oportunidades de cada componente desse sistema, a fim de contribuir para a melhoria da eficácia da aplicação dos recursos da saúde. Conclui que a melhoria da comunicação entre os componentes, a melhor aplicação dos recursos humanos já existentes, com a diminuição do retrabalho e dos vácuos de controle, são providências fundamentais para o aperfeiçoamento do sistema.

Palavras-Chave em língua vernácula: 1. Repasses Fundo a Fundo. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Controles internos. 4. Conselhos de Saúde. 5. Sistema Nacional de Auditoria. 6. CGU. 7. TCU. 8. Análise SWOT. 9. COSO. 10. Monografia. I. Brasil. TCU. Instituto Serzedello Corrêa. II. Título.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Evolução do gasto com Atenção Básica em Saúde, por crédito liquidado, de 2004 a 2008	19
Tabela 2	Evolução da execução orçamentária das ações do Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, executadas pelo FNS.	21
Tabela 3	Matriz SWOT “referente ao componente Conselhos de Saúde”.	36
Tabela 4	Matriz SWOT referente ao componente “Sistema Nacional de Auditoria”	45
Tabela 5	Matriz SWOT referente ao componente “Controladoria-Geral da União”	49
Tabela 6	Matriz SWOT referente ao componente “Tribunal de Contas da União”	54

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização para Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
CGU	Controladoria-Geral da União
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSO	Comitee of Sponsoring Organizations of the Treadway Comission
CS	Conselho de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCAA	Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DF	Distrito Federal
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
ERM	Enterprise Risk Management
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GM	Gabinete do Ministro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MAC	Média e Alta Complexidade
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PCCS	Plano de Carreira, Cargos e Salários
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SECEX	Secretaria de Controle Externo

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SFC	Secretaria Federal de Controle
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIAD	Sistema de Informações Ambulatoriais Descentralizado
SIAFI	Sistema Integrado de Administração Financeira
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIHD	Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISAUD	Sistema de Auditoria
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
SWOT	“Strenghts”, “Weaknesses”, “Opportunities” e “Threats”
TCE	Tribunal de Contas de Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
TETO MAC	Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

SUMÁRIO

Introdução.....	10
1 Os Repasses Fundo a Fundo na área da Saúde.....	13
1.1 Definição da modalidade de transferência de recursos denominada “repasses fundo a fundo” e Legislação.....	13
1.2 Justificativa para o surgimento da modalidade.....	15
1.3 Repasses na atenção básica: PAB Fixo e Variável. Descrição e riscos inerentes.....	19
1.4 Repasses para a média e alta complexidade: TETO MAC e FAEC.....	20
1.5 SIA/SUS e SIH/SUS: sistemas informatizados de controle.....	22
1.6 Sistemática de Fiscalização de Recursos e Riscos.....	23
2 Os Componentes do Sistema de Controle dos Repasses Fundo a Fundo.....	26
2.1 Análise SWOT.....	26
2.2 Os Conselhos de Saúde. Análise do papel desempenhado na fiscalização dos repasses.....	27
2.2.1 O Controle Social no SUS.....	27
2.2.2 Legislação.....	28
2.2.3 Problemas apontados na literatura.....	29
2.2.4 Cadastro do Conselho Nacional de Saúde.....	32
2.2.5 Pesquisa realizada.....	32
2.3 Sistema Nacional de Auditoria (SNA).....	37
2.3.1 Surgimento e Legislação.....	37
2.3.2 Sistema e forma de atuação.....	40
2.3.3 Problemas identificados.....	42
2.3.4 Componentes estaduais e municipais do SNA.....	44
2.4 Controladoria Geral da União.....	46
2.4.1 Histórico e competências.....	46
2.4.2 Municípios fiscalizados por sorteio.....	48
2.4.3 Comunicação com demais integrantes do sistema.....	48
2.5 Tribunal de Contas da União.....	49
3 Análise do Sistema de acordo com a metodologia COSO.....	55
3.1 Ambiente de controle.....	56
3.2 Análise de Risco.....	57
3.3 Atividades de Controle.....	58
3.4 Informação e Comunicação.....	58
3.5 Monitoramento.....	59

Conclusão	60
Referências	62
Apêndice A	67
Apêndice B	72

Introdução

Este trabalho tem como objetivo descrever e avaliar a atuação do sistema de controle dos repasses fundo a fundo na área da saúde, especificamente nos programas da atenção básica e da média e alta complexidade e contribuir com sugestões e recomendações para seu aperfeiçoamento. Para auxiliar na elaboração e na organização destas, utilizará, como ferramentas, a técnica da análise SWOT e o framework COSO I.

Tal trabalho justifica-se pela relevância¹ e pela materialidade² das ações de saúde num país continental como o Brasil. Segundo dados extraídos do Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI), do total de transferências e descentralizações ocorridas em 2007 na área de saúde, mais de 90% foram efetivadas por meio de transferência fundo a fundo, que consistem em repasses de valores regulares e automáticos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, Municípios e Distrito Federal, independentemente de convênio ou instrumento similar. Desta forma, não estão sujeitos à normatização imposta à elaboração destes mecanismos, constituindo-se num desafio aos órgãos de controle: como garantir a boa e regular aplicação desses recursos públicos em benefício da população?

O gasto com a área de saúde no Brasil não é baixo, se comparado com outros países. De acordo com estudos do IPEA (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007), o Brasil gasta 7,9% do PIB com saúde, índice comparável à Espanha (8,2%) e à Inglaterra (8,2%). Se adotarmos como critério o percentual do gasto público, o Brasil aplica 44,1% dos recursos em saúde, pouco abaixo dos Estados Unidos (45,1%). Desta forma, como justificar a situação precária da saúde pública em nosso país? As instâncias de controle possuem um papel de fundamental importância para a melhoria da saúde e sua atuação deve ser avaliada.

Ainda segundo o SIAFI, os programas “Atenção Hospitalar e Ambulatorial no Sistema Único de Saúde” e “Atenção Básica em Saúde” abrangem 71% do gasto da função saúde (crédito liquidado) no ano de 2008, atingindo a cifra de R\$ 31 bilhões. Portanto, a alta materialidade, por si só, já justifica um trabalho que avalie a forma como tais recursos estão sendo controlados. Além disso, a relevância de uma boa e regular aplicação dos recursos da

¹ A relevância significa a importância relativa ou papel desempenhado por uma determinada questão, situação ou unidade, existentes em um dado contexto. (BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Federal de Controle Interno, 2001)

² A materialidade refere-se ao montante de recursos orçamentários ou financeiros alocados por uma gestão, em um específico ponto de controle (unidade, sistema, área, processo, programa ou ação) objeto dos exames de auditoria ou fiscalização. Essa abordagem leva em consideração o caráter relativo dos valores envolvidos. (BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Federal de Controle Interno, 2001)

saúde para a população também consiste numa segunda, mas não menos importante, justificativa para o trabalho.

Para atingir tal objetivo, o trabalho terá três capítulos. O primeiro detalhará as formas de repasses fundo a fundo existentes na área de saúde, analisando o surgimento, o histórico e as formas de operacionalização existentes, tanto na atenção básica, como na média e alta complexidade. Além disso, irá delinear alguns riscos inerentes da sistemática de fiscalização de recursos realizada via sistemas de informação do Ministério da Saúde. O segundo buscará descrever e avaliar a estrutura e a atuação de cada um dos componentes do sistema de controle dos repasses fundo a fundo, assim como suas contribuições para a melhoria da aplicação desses recursos. O terceiro irá apontar, a partir das metodologias supracitadas, as principais deficiências do sistema de controle em análise, sugerindo recomendações para aperfeiçoamentos.

O modelo adotado considera como componentes do sistema de controle supracitado os conselhos de saúde, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), a Controladoria-Geral da União (CGU) e o Tribunal de Contas da União (TCU). Para fins de simplificação, foi adotada a hipótese de que estes são os atores mais relevantes na análise em questão. Não será detalhada, portanto, a influência de outros stakeholders, tais como Ministério Público, Polícia Federal e Tribunais de Contas Estaduais e Municipais.

A metodologia empregada na elaboração deste trabalho envolveu pesquisa bibliográfica e da legislação e entrevistas com auditores do Departamento Nacional de Auditoria do SUS³ (DENASUS), da CGU e do TCU, e um questionário enviado por correio eletrônico aos conselhos municipais e estaduais de saúde. As entrevistas tiveram como foco a atuação dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos órgãos de controle na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo na área da saúde. As perguntas referentes às entrevistas encontram-se no Apêndice B.

Já o questionário foi utilizado com o objetivo de coletar informações a respeito da estrutura, do funcionamento e da atuação dos conselhos de saúde na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo. Optou-se por utilizar a ferramenta Google Docs para enviá-lo aos mais de 5.500 conselhos municipais, devido à facilidade de elaboração e de tabulação das respostas. Tal fato foi possível devido à disponibilização, no sítio do Conselho Nacional de Saúde, da relação de endereços eletrônicos de todos os conselhos.

³ Sistema Único de Saúde

Infelizmente, a taxa de resposta foi extremamente baixa (3,15%), tendo em vista que somente 175 responderam a pesquisa. Por isso, não foi possível extrapolar para todo o universo as conclusões obtidas, ou seja, não se pode afirmar que tais fatos ocorram na população na mesma proporção que ocorreu na amostra obtida. O questionário encontra-se transcrito no Apêndice A.

1 Os Repasses Fundo a Fundo na área da Saúde

1.1 Definição da modalidade de transferência de recursos denominada “repasses fundo a fundo” e Legislação

O Governo Federal, por meio do Fundo Nacional de Saúde⁴ - FNS, transfere anualmente a Estados, Municípios e Distrito Federal, recursos da ordem de 30 bilhões de reais para custear ações e serviços de saúde para atender às necessidades da população brasileira (BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional, 2009), tanto nos serviços de atenção básica em saúde⁵ como nos de média⁶ e alta complexidade⁷.

A forma ou modalidade pela qual se dá essa transferência é denominada “repasso fundo a fundo”, onde recursos do Fundo Nacional de Saúde são alocados, de forma regular e automática, para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal. Para isto, é obedecida a programação financeira do Tesouro Nacional, independentemente de convênio ou instrumento congêner e segundo critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial, de acordo com o estabelecido nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), e nas exigências contidas no Decreto 1.232, de 30 de agosto de 1994. (BRASIL, 1994)

A Lei nº 8.080/90 estabelece, no artigo 35, §1º, que metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independente de qualquer procedimento prévio. Além disso, no caput do mesmo

⁴ O Fundo Nacional de Saúde é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como missão "contribuir para o fortalecimento da cidadania, mediante a melhoria contínua do financiamento das ações de saúde". (BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde, 2002).

⁵ A atenção básica à saúde refere-se a um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006). Portanto, pode ser entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, ou seja, o contato preferencial dos usuários com o sistema e emprega tecnologia de baixa densidade. (CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007)

⁶ A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, 2009)

⁷ A alta complexidade consiste num conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados. Deve estar integrada aos demais níveis de atenção à Saúde (atenção básica e de média complexidade). (BRASIL. Ministério da Saúde e CONASEMS - Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, 2009)

artigo, define os seguintes critérios para o estabelecimento de valores a serem transferidos aos entes federados (BRASIL, 1990):

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

Desta forma, o legislador buscou mesclar o critério populacional, estático, com outros critérios considerados importantes para fomentar o desenvolvimento da capacidade instalada e melhorar o desempenho do setor. Todavia, esse artigo da lei, devido a dificuldades técnicas ou políticas, não chegou a ser regulamentado. No vácuo dessa omissão, foram sendo utilizados diversos critérios, além do populacional, para o estabelecimento do montante das transferências para estados e municípios, tais como a série histórica dos gastos no estado e/ou município (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993) e outros adicionados por portarias subsequentes.

Adotar somente o critério populacional para as transferências seria equivalente a colocar recursos do Sistema Único de Saúde em Municípios sem oferta ou rede estruturada. Este esforço distributivo poderia tanto resultar em uma política pulverizada de recursos como também um efeito indutivo e virtuoso de maior responsabilização das municipalidades beneficiadas (DAIN, 2000). Por isso, o legislador preocupou-se em ir além do critério populacional.

A Lei nº 8.142/90 preocupou-se em definir os requisitos mínimos para que um ente federado recebesse os recursos do FNS. Para isto, os Estados, Municípios e Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (BRASIL, 1990).

A referida lei estabelece ainda que “o não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que

os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União”. Procurou, desta forma, fomentar o enquadramento dos entes federados ao novo modelo de saúde, a fim de que estes criassem a estrutura mínima necessária ao planejamento, à gestão e ao controle das ações e serviços de saúde. Assim, em tese, o município teria condições de prestá-los diretamente à população, objetivo da descentralização previsto pelo SUS. Todavia, em 2009, muitos municípios ainda não têm fundo de saúde constituído, nem plano de saúde aprovado pelo Conselho de Saúde. Segundo entrevistas realizadas com auditores do DENASUS, até mesmo Estados passam anos sem plano de saúde constituído, mas o FNS continua repassando recursos, descumprindo a legislação, com a justificativa de não penalizar a população daquele Estado ou Município. É importante ressaltar que a própria lei mostra o caminho a ser seguido quando os requisitos não são cumpridos.

O Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, acrescentou outras exigências e condições para o recebimento dos repasses fundo a fundo, tais como:

Art 2º A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites⁸ da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como a compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

Art 4º- É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde. (BRASIL, 1994).

Percebe-se, portanto, a importância que o legislador deu ao plano de saúde, tendo em vista que não somente colocou sua existência como requisito para o recebimento de recursos, mas também estabeleceu que os repasses somente podem ser utilizados nas ações nele contidas.

1.2 Justificativa para o surgimento da modalidade

Algumas explicações podem ser dadas para o surgimento desta modalidade de transferência de recursos. A obrigatoriedade de se criar um fundo de saúde, trazida pela Lei

⁸ Comissão Intergestores Bipartite: constituída paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), ou similar, incluindo obrigatoriamente o Secretário de Saúde da Capital. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1993)

8.080/90, possibilitou ao gestor da saúde administrar os recursos de modo independente, e proporcionar à área da saúde um tratamento diferenciado na administração financeira. Isto porque ficam apartados dos recursos gerais da administração municipal, estadual ou federal, o que proporcionará, em tese, melhores condições de controle institucional e social para que não sejam utilizados em nenhuma outra área, tenham o melhor uso possível etc. (MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 1997). O fundo de saúde passa a ser um receptáculo natural para que municípios, que antes nunca haviam recebido um centavo diretamente da União para implantar políticas de saúde, pudessem receber recursos para serem aplicados em políticas de saúde. Segundo Viana (2002),

as transferências automáticas (fundo a fundo) descentralizaram os recursos da saúde, alcançando milhares de municípios que, até então, não haviam sido contemplados com repasses federais, e também estimulou maior autonomia ao gestor municipal. Segundo dados do MS, em dezembro de 2000, 5.450 municípios (99%) e oito Estados já recebiam recursos fundo a fundo, representando cerca de 61% do total de recursos federais para custeio da assistência (VIANA, 2002).

A Lei n. 8.080/90 já tratava, em dispositivo vetado pelo Presidente da República quando de sua promulgação, do caráter regular e automático que deveriam ter as transferências intergovernamentais no âmbito do SUS (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Já a Lei n. 8142/90 (art. 3º), reincorporou essa norma na legislação da saúde tornando regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os estados e os municípios atendam os requisitos previstos no artigo 4º da mesma lei, quais sejam: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreiras, cargo e salários. Apesar desse respaldo legal, passou-se um bom tempo, mais de três anos, para que esse tipo de transferência começasse a ocorrer (CARVALHO; SANTOS, 2001), assim mesmo de forma incipiente.

Antes dessa modalidade, as transferências eram somente realizadas via convênios, o que inseria determinados fatores que dificultavam o bom andamento das ações. O convênio é um instrumento que necessita da elaboração de um programa de trabalho prévio, a ser encaminhado ao órgão concedente⁹. Este fará uma avaliação técnica e outra jurídica, e

⁹ Órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista, responsável pela transferência dos recursos financeiros ou pela descentralização dos créditos orçamentários destinados à execução do objeto do convênio.

verificará se o conveniente¹⁰ não dispõe de nenhuma pendência que impeça a assinatura de um novo convênio. O convênio dispõe, também, de um prazo de vigência, ao fim do qual, o conveniente deverá enviar a prestação de contas ao concedente (BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional, 1997). O prazo poderá ser prorrogado, mas pode-se perceber que os prazos envolvidos na aprovação, na renovação, e nos problemas existentes na prestação de contas poderiam dificultar o recebimento de recursos pelos Estados e Municípios nessa área sensível, que é a saúde. Na verdade, na política de convênios as regras para o atendimento das prefeituras ficam sujeitas a interesses políticos e econômicos, prejudicando o atendimento da população e, também, o cálculo dos recursos a serem repassados para a saúde no estado (GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2009).

Os convênios disciplinam a transferência de recursos públicos e tem como partícipe órgão da administração pública federal direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista que esteja gerindo recursos dos orçamentos da União, visando à execução de programas de trabalho, projeto, atividade ou evento de interesse recíproco com duração certa, em regime de mútua cooperação, ou seja, com contrapartida do município, sendo ele corresponsável pela aplicação e pela fiscalização dos recursos. (BRASIL. Controladoria Geral da União, 2005).

O Ministério da Saúde defende a idéia de que a sistemática de repasse fundo a fundo veio atender à necessidade de adequação dos mecanismos de transferência de recursos à nova concepção do sistema de saúde posta em prática com a Constituição de 1988. Anteriormente, o modelo de atenção à saúde existente no Brasil não era universal. Somente os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e seus dependentes, tinham acesso à assistência médico-hospitalar prestada pelo setor público (SOUZA, 2002). Com o enfraquecimento progressivo do regime militar, movimentos que tinham em comum a luta pelos direitos civis e sociais começaram a surgir e a se fortalecer, destacando-se o movimento pela transformação do setor saúde no país. Em 1986, já na Nova República, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que lançou os princípios da Reforma Sanitária e pregou a necessidade de profundas reformas, a ampliação do conceito de saúde e a mudança da forma de atuação dos governos. Essa Conferência foi a culminância de um longo processo de lutas de organizações populares de caráter democrático. Recomendava, insistentemente, o controle social e a participação da comunidade como solução para

¹⁰ Órgão da administração pública direta, autárquica ou fundacional, empresa pública ou sociedade de economia mista, de qualquer esfera de governo, ou organização particular com a qual a administração federal pactua a execução de programa, projeto/atividade ou evento mediante a celebração de convênio.

combater a má aplicação dos recursos (ZELENOVSKY, 2006), base para a criação dos Conselhos de Saúde.

A Constituição Federal de 1998, levando em consideração tais aspirações e pressões, levou à criação de um novo modelo de sistema de saúde, organizado de forma regionalizada e hierarquizada, sob comando único em cada esfera de governo, segundo as diretrizes da regionalização administrativa e operacional. Passou a contemplar os princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização e da participação social.

A diretriz da descentralização decorre, segundo Wagner (2006), do movimento democrático e, dentro dele o pensamento de esquerda e desenvolvimentista, que a incluiu como componente essencial à democratização do país. Agregado a esse cenário, o municipalismo influenciou a concepção do novo sistema de forma que se optou por descentralizar para os municípios a organização e gestão dos sistemas locais de saúde. Tal descentralização teria como pólo básico os municípios e sua integração se daria segundo três racionalidades:

- a) A existência de uma legislação superior, constitucional, que imporia objetivos e até mesmo modos de se atender ao direito à saúde;
- b) O funcionamento de órgãos colegiados em que os próprios municípios participariam da definição da política e de normas;
- c) O papel de coordenação externa, que deveria ser exercido pela União e pelos estados da Federação (WAGNER, 2006).

Segundo Viana (2002), três arranjos formais foram criados para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e nacional. Para disciplinar a organização do novo sistema, o governo federal edita as chamadas Normas Operacionais Básicas em 1991, 1993 e 1996, evoluindo para as Normas Operacionais de Atenção à Saúde em 2001 e 2002. Cada uma abordou diferentes aspectos, tais como:

Definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade); na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (VIANA, 2002).

Antes da regulamentação dos repasses fundo a fundo, o modelo existente privilegiava o pagamento pela produção de serviços, o que “financiava” a doença, considerava os entes federados como prestadores de serviços e privilegiava as localidades que já possuíam estrutura de serviços. O convênio tradicional não era dotado da agilidade necessária para

atender às peculiaridades da área da saúde. Já o repasse fundo a fundo priorizaria a atenção integral à saúde, atribuindo ao município o papel de efetivo gestor do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 2000). A política do Ministério de realizar a descentralização do SUS necessitava de um mecanismo mais flexível e rápido de repasse de recursos. A solução encontrada para agilizar e flexibilizar a transferência de recursos foi a criação de uma nova modalidade de repasses entre entes federados. A legislação cuidou de estabelecer mecanismos de controle para o emprego de tais recursos, que não mais estariam sujeitos à prestação de contas da mesma forma que os convênios e outros ajustes. Esses mecanismos serão descritos e analisados no capítulo 2.

1.3 Repasses na atenção básica: PAB Fixo e Variável. Descrição e riscos inerentes.

O programa da Atenção Básica em Saúde, de numeração 1214, é o segundo colocado em termos de gastos com repasses fundo a fundo na saúde, chegando a mais de R\$ 8 bilhões liquidados em 2008. Percebe-se pela Tabela 1 que os gastos praticamente dobraram em quatro anos.

Tabela 1 – Evolução do gasto com Atenção Básica em Saúde, por crédito liquidado, de 2004 a 2008

Ação Orçamentária	Em milhões de R\$ (liquidados)				
	Exercícios				
	2004	2005	2006	2007	2008
Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	2.161,90	2.365,89	3.336,50	4.099,81	4.668,77
Piso de Atenção Básica Fixo	2.089,72	2.332,61	2.540,44	2.858,45	3.246,47
Demais Ações	363,93	688,38	358,03	84,84	97,11
Total do Programa	4.615,55	5.386,88	6.234,97	7.043,10	8.012,35

Fonte: SIAFI Gerencial

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006) estabelece que o financiamento da Atenção Básica deve ser provido de forma tripartite, mas a parcela da União ainda é consideravelmente maior. Segundo um estudo do IPEA (2007), apenas em 2004 o gasto em saúde dos estados e dos municípios somados igualou-se ao gasto do Ministério da Saúde. Todos os gastos somados totalizam 3,69% do PIB nacional, índice ainda muito inferior aos encontrados nos países desenvolvidos. (BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2007)

O Piso da Atenção Básica (PAB) é o componente federal do financiamento da Atenção Básica, e é composto de uma parcela fixa (PAB Fixo) e outra variável (PAB Variável). Os recursos do PAB são transferidos mensalmente, de forma regular e automática,

do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde (FMS) e do Distrito Federal e seu objetivo é viabilizar as ações da Atenção Básica, a saber:

- consultas médicas em especialidades básicas;
- atendimento odontológico básico;
- atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- visita e atendimento ambulatorial e domiciliar da estratégia Saúde da Família (ESF);
- vacinação;
- atividades educativas a grupos da comunidade;
- assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- atividades de planejamento familiar;
- pequenas cirurgias;
- atividades dos agentes comunitários de saúde; e
- pronto atendimento em unidade básica de saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O PAB fixo é destinado ao financiamento das ações de atenção básica em geral, estabelecido por um valor per capita/ano. Já o PAB variável compõe-se de incentivos para o desenvolvimento de ações específicas na atenção básica à saúde, tais como equipes da Estratégia Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, dentre outros. Desta forma, o Município somente receberá recursos do PAB Variável caso resolva aderir aos programas do Governo Federal. A soma das duas partes do PAB compõe o Bloco Atenção Básica, um dos cinco blocos de recursos estabelecido nas diretrizes do Pacto de Gestão (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006), que organizou as transferências da União.

1.4 Repasses para a média e alta complexidade: TETO MAC e FAEC.

A média e alta complexidade (MAC) estão contempladas por um programa do Governo Federal denominado “Assistência Hospitalar e Ambulatorial Especializada”, de numeração 1220, cujo objetivo é ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do SUS, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização na prestação de serviços de saúde. Dentre as diversas ações do programa, aquela que se destaca por sua materialidade e importância, e também por conter os recursos que são descentralizados para Estados e Municípios, é a “Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade”, de numeração 8585. Todos os Municípios que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema¹¹ ou que aderiram ao Pacto pela Saúde¹² estão capacitados a receberem os recursos desta ação fundo a fundo.

¹¹ Uma das condições de gestão municipal, cujas responsabilidades, requisitos e prerrogativas foram estabelecidas pela NOB 01/1996 (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996)

Analisando-se a Tabela 2, percebermos que os recursos da ação 8585 cresceram 57% em quatro anos, atingindo a cifra de R\$ 21,5 bilhões em 2008. Se considerarmos os recursos liquidados na atenção básica, o montante chega a R\$ 30 bilhões/ano. Iremos analisar neste trabalho como está desenhado o sistema de controle encarregado pela legislação de garantir a correta aplicação desses recursos, assim como os da atenção básica.

Tabela 2 – Evolução da execução orçamentária das ações do Programa 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada, executadas pelo FNS

Código	Ações Orçamentárias	Em milhões de R\$ (liquidados)				
		2004	2005	2006	2007	2008
8585	Atenção à Saúde da População para Procedimentos em MAC	13.690,98	14.940,58	17.836,86	19.715,66	21.502,62
6217	Atenção à Saúde nos Hospitais da Rede Pública Federal	603,67	429,37	652,49	651,47	382,12
6148	Assistência Médica Qualificada e Gratuita - Hospital Sarah	341,72	395,68	447,83	481,36	541,00
8761 ¹	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	147,05	221,9	153,17	91,13	278,30
	Demais Ações	1.332,51	1.123,39	91,17	42,45	526,75
	Total do Programa 1220	15.968,88	16.889,02	19.028,35	20.890,94	23.230,79

Fonte: SIAFI Gerencial.

O financiamento das ações no âmbito da média e alta complexidade foi reorganizado, pelo Pacto pela Saúde, em um dos blocos de financiamento e dividido em dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Teto MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC).

O Teto MAC é definido anualmente levando em consideração uma série histórica obtida nos bancos de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) e as discussões levadas a efeito nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e na Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹³. Após o fechamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI)¹⁴, os valores são publicados em

¹² (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006)

¹³ Comissão Intergestores Tripartite: Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

¹⁴ Programação Pactuada e Integrada: instrumento essencial de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS, de alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo, que traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta existente no próprio município, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996)

portaria, cabendo ao Fundo Nacional de Saúde (FNS) realizar o pagamento em duodécimos aos entes federados.

O FAEC financia procedimentos médicos não contemplados pelo Teto MAC e que são pagos conforme a produção do ente que se compromete a realizar determinado serviço ou que o realiza em razão de sua capacidade instalada. Esses procedimentos abrangem tanto a Atenção Básica como a MAC e à medida que se tornam recorrentes são gradativamente incorporados ao Teto MAC. A Portaria nº 2.867/2008 do Ministério da Saúde publicou quais procedimentos devem ser incorporados ao Teto MAC e quais são remunerados pelo FAEC. Ressalta-se que a produção dos dois componentes é inserida nos sistemas informatizados, os quais serão analisados a seguir.

A PPI altera a composição do Teto MAC, na medida em que passa a existir, além da parcela destinada aos habitantes do próprio município, uma parcela devida às referências, ou seja, a pacientes de outros municípios que serão atendidos na rede de saúde daquele município. A PPI e a regulação do fluxo de pacientes são temas atuais e complexos em saúde, e não estão no escopo deste trabalho.

1.5 SIA/SUS e SIH/SUS: sistemas informatizados de controle.

O SIA/SUS é o sistema de informações que gerencia os atendimentos ambulatoriais, realiza a captação, o controle e o pagamento dos procedimentos prestados no atendimento ao cidadão pelas unidades ambulatoriais credenciadas pelo SUS. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007). Já o SIH/SUS é o sistema que contém informações sobre o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo SUS, por meio da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). O processamento é descentralizado, e por isso os gestores estaduais são obrigados a encaminhar as bases de dados do sistema mensalmente ao Departamento de Informática do SUS (DATASUS), conforme cronograma estabelecido periodicamente pelo Ministério da Saúde. A Portaria GM/MS n. 699/2006, no Art. 7º, item b, determina que o não cumprimento da obrigatoriedade da alimentação dos Bancos de Dados Nacionais, por dois meses consecutivos ou três meses alternados no prazo de um ano, implicará a suspensão imediata, pelo Ministério da Saúde, dos repasses financeiros transferidos mensalmente, fundo a fundo, para estados, Distrito Federal e municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O SIA/SUS contempla ainda informações a respeito da capacidade operacional dos prestadores de serviço (público e privado), orçamento e controle dos repasses de recursos, o

custeio das Unidades Ambulatoriais e a administração das atividades ambulatoriais a nível local e estadual, fornecendo informações gerenciais para as secretarias de saúde.

1.6 Sistemática de Fiscalização de Recursos e Riscos

O Ministério da Saúde realiza monitoramento dos gastos públicos em saúde, mediante as evoluções da produção ambulatorial e hospitalar, lançada nos sistemas de informações, cujo gerenciamento compete ao DATASUS (SIA/SUS e SIH/SUS). Para pactuação do teto financeiro de MAC de cada ente da federação e distribuição dos recursos entre os seus respectivos estabelecimentos de saúde, considera-se uma série histórica da produção de média e alta complexidade, obtida de acordo com os procedimentos realizados e informados no SIA/SUS e SIH/SUS.

Os dados sobre a produção ambulatorial e hospitalar são registrados pelo próprio prestador de serviços de saúde (seja público, filantrópico ou privado) em módulos descentralizados (SIAD¹⁵ e SIHD¹⁶). Os arquivos decorrentes da produção lançada nesses módulos são entregues ao gestor local para análise, conferência e validação, para, posteriormente, serem agregadas às bases de dados nacionais do DATASUS (SIA/SUS e SIH/SUS). São estas as informações que comporão a série histórica que subsidiará as pactuações dos tetos financeiros de cada estado da federação (Teto MAC).

Note-se que o gestor local tem um papel fundamental no processo de formações do banco de dados nacionais sobre a produção de saúde no país, além de ser o responsável por atestar que os procedimentos de média e alta complexidade realmente foram realizados. Chama-se atenção para a necessidade de o gestor possuir a estrutura de pessoal necessária para poder executar corretamente tal incumbência. Caso não disponha de tais condições, há o risco evidente de que o ateste seja formal, não havendo de fato uma real fiscalização. Outro risco existente é o possível conluio entre o gestor local e o prestador, havendo a divisão dos recursos provenientes de procedimentos não realizados.

Os sistemas de informações do Ministério da Saúde subsidiam o planejamento da saúde e o financiamento federal das ações e serviços de saúde, assim como contribuem para o seu controle, monitoramento e avaliação. Todos os procedimentos de média e alta complexidade, sejam hospitalares ou ambulatoriais, são registrados no SIA/SUS e no SIH/SUS. O controle sobre as informações inseridas nos sistemas dependem dos

¹⁵ SIAD – Sistema de Informações Ambulatoriais Descentralizado.

¹⁶ SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado.

estabelecimentos de saúde e do controle local (estadual e municipal). Os dados validados são encaminhados ao DATASUS para consolidação das bases nacionais de informações. Como o pagamento é feito pelo Ministério da Saúde com base nos arquivos transmitidos localmente, haveria, em tese, a possibilidade de comprometimento da integridade dos dados e o pagamento indevido por procedimentos não realizados.

Todos os estabelecimentos de saúde que prestam serviços ao SUS devem obrigatoriamente alimentar sua produção ambulatorial e hospitalar nos sistemas SIA/SUS, SIH/SUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A penalidade prevista para o não cumprimento é a suspensão das transferências dos recursos. Para monitorar o cumprimento da legislação foi estabelecido um único indicador: o Índice de Alimentação Regular das Bases de Dados Nacionais em Saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007). Contudo, analisando-se o Relatório preliminar da Avaliação da Pactuação Unificada dos Indicadores de 2007, observa-se que ainda não foi feita a devida avaliação pelo Ministério da Saúde, que não sabe se as informações constantes nas bases são realmente confiáveis.

Os sistemas SIA/SUS e SIH/SUS estão estruturados de forma a fazer várias críticas, filtrando uma série de informações que podem ser tentativas de fraude ou de lançamentos incorretos. Todavia, fiscalizações do DENASUS constataram indícios de que os filtros eletrônicos não são suficientes para coibir toda sorte de possibilidades de fraudes e enganos. A atuação do DENASUS será mais bem detalhada no capítulo 2.

Os riscos mais relevantes relacionados aos mecanismos de controle das informações dos sistemas do DATASUS referem-se à insuficiência e ao inadequado funcionamento das críticas/filtros implantados. Tais riscos apontam para a possibilidade de ocorrência de fraudes nos SIA/SUS e SIH/SUS, especialmente nos lançamentos da produção ambulatorial e hospitalar. A alimentação de informações fictícias gerará informações que refletirão no processo de revisão dos contratos com estabelecimentos de saúde, além de o prestador receber por procedimento que não realizou.

Segundo notícia publicada na internet¹⁷, serviços de saúde que nunca foram prestados por hospitais são cobrados do SUS. A suspeita é de que o Cartão do SUS esteja servindo como instrumento de fraude. O número do cartão é registrado pelo hospital quando são feitos procedimentos mais caros. Em muitos casos, um mesmo número é usado diversas vezes no

¹⁷ <http://g1.globo.com/bomdiabrasil/0,,MRP1087097-16020,00.html>

registro dos procedimentos nos sistemas de informações do SUS, os quais são validados pelo gestor local.

Situações como essas reforçam as afirmações acerca da ausência ou precariedade do controle local (estadual ou municipal), o que obriga a um aperfeiçoamento dos mecanismos de controle eletrônico (sistema de críticas e filtros de dados do SIA/SUS e SIH/SUS) e do sistema de controle que o legislador estabeleceu, com o objetivo de garantir a efetiva e regular aplicação dos recursos. No próximo capítulo será analisada a atuação de cada um dos componentes desse sistema.

2 Os Componentes do Sistema de Controle dos Repasses Fundo a Fundo

A criação da modalidade de repasses fundo a fundo trouxe para o setor público a agilidade necessária para que o gestor pudesse atender, de forma tempestiva, as necessidades de saúde de sua população. Todavia, criou dificuldades para que os órgãos de controle pudessem rastrear a aplicação de tais recursos, tendo em vista que o gestor não mais necessita prestar contas formalmente ao Governo Federal. Além disso, como os recursos repassados são depositados no Fundo de Saúde do ente federado, misturam-se com os recursos originários do próprio ente, dificultando ainda o rastreamento.

Por isso, o legislador preocupou-se em estruturar um sistema de controle específico para verificar a aplicação de tais recursos, delegando inicialmente à população local, usuária e beneficiária dos serviços de saúde, e representada nos Conselhos de Saúde, tal fiscalização. Em seguida, buscou estruturar um sistema de auditoria interna dos próprios gestores de saúde, representado pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), nas três esferas de governo.

Além disso, a fim de não haver dúvidas com relação à competência dos órgãos de controle externo e interno, o legislador destaca, no Decreto 1232/1994, que regulamenta os repasses fundo a fundo, que

os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União (BRASIL, 1994).

Desta forma, a Controladoria-Geral da União (CGU) e o TCU são as instâncias finais de monitoramento e controle desse sistema, cuja atuação é será objeto de análise e avaliação ainda neste capítulo.

2.1 Análise SWOT

Com o intuito de avaliar os integrantes do sistema de controle, optou-se por adotar a técnica denominada “Análise SWOT” e o framework “COSO I”. A análise SWOT será utilizada neste capítulo para analisar as características de cada integrante do sistema. Já o framework COSO, versão I, será empregado e detalhado no capítulo seguinte para analisar o sistema como um todo.

De acordo com a Portaria-TCU nº 252, de 1º de dezembro de 2003, que aprova a nova versão da técnica de auditoria "Análise SWOT e verificação de risco", a análise SWOT foi desenvolvida pela escola do design, do grupo de administração geral da Harvard Business School. O modelo proposto pela escola buscava a elaboração de estratégias que conseguissem atingir uma adequação entre as capacidades internas de uma organização e as possibilidades externas. O acrônimo "SWOT" é formado pelas primeiras letras das palavras "strengths", "weaknesses", "opportunities" e "threats", respectivamente, forças, fraquezas, ameaças e oportunidades (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2003). Por meio da análise "SWOT", pode-se analisar tanto os fatores intrínsecos que fortalecem ou enfraquecem cada componente assim como os aspectos do cenário externo que contribuem para o sucesso ou para o fracasso de seus objetivos.

Desta forma, a análise SWOT encaixa-se como ferramenta de análise de cada um dos integrantes do sistema de controle, apontando suas deficiências internas e as ameaças que pairam sobre a atividade de cada um deles. Além disso, por meio da explicitação dos pontos fortes e oportunidades de cada um dos integrantes, podem-se visualizar possíveis soluções para os problemas apontados. A análise SWOT também fornecerá os subsídios para os componentes do COSO I, framework tradicionalmente utilizado para avaliar os controles internos de uma organização ou, como é o caso em tela, de um sistema. Desta forma, por apontar e classificar os problemas dos controles estabelecidos, a composição SWOT e COSO I foi escolhida para avaliar o sistema de controle em tela.

2.2 Os Conselhos de Saúde. Análise do papel desempenhado na fiscalização dos repasses.

2.2.1 O Controle Social no SUS

Vimos anteriormente que a descentralização é uma diretriz do SUS, encarregada de delegar aos municípios a gestão do sistema de saúde devido à percepção de que a gestão mais próxima do problema é certamente a mais indicada para solucioná-lo. A participação popular, outra diretriz do sistema, pauta-se na ideia de que o melhor fiscal é aquele que está junto da aplicação dos recursos e que sofre as consequências de sua má administração. Segundo Correia (2005), os Conselhos, apesar de suas fragilidades, têm sua importância, principalmente, num país como o Brasil, em que a cultura de submissão está arraigada na maioria da população, e em que o que é público é tratado como posse de pequenos grupos

privilegiados. No caso da saúde, o legislador delegou aos Conselhos importantes atribuições na fiscalização dos recursos da saúde (CORREIA, 2005).

O espaço de atuação dos Conselhos é limitado, mas denunciar, propor ajustes, questionar ações e a política desenvolvida, constituem obrigações dos Conselhos perante a população, que se materializariam no denominado “controle social”. Segundo Cohn (2000), tal expressão vem sendo utilizada para designar a participação da sociedade prevista na legislação do SUS, e seu exercício caberia justamente aos Conselhos de Saúde, por meio da deliberação “sobre a definição das políticas de saúde a serem implementadas, bem como o monitoramento de sua implementação” (COHN, 2000). O termo “controle social” foi muito empregado na época da ditadura militar para designar as formas pelo qual o Estado controlaria as ações e comportamentos de sua população. Todavia, durante o processo de redemocratização, passou a significar muito mais o controle da sociedade sobre as ações do Estado, o que levou ao surgimento de organizações que exercessem tal controle, os Conselhos de Saúde.

2.2.2 Legislação

A Constituição, em seu art. 198, e a Lei 8.080/90, art. 33, afirmam que os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Todavia, essa lei não foi adiante na regulamentação de tais conselhos devido a vetos do executivo federal. Mas a Lei 8.142/1990 conseguiu regulamentar a participação popular no Controle Social da Política de Saúde por intermédio das conferências e dos conselhos de saúde (ZELENOVSKY, 2006), definindo estes como órgãos colegiados compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que em caráter permanente e deliberativo atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. O conselho é integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, e suas decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

O Decreto 1.232/94, que regulamentou os repasses fundo a fundo, também delegou aos Conselhos de Saúde a importante responsabilidade de fiscalizar a aplicação de tais recursos, em seu art. 3º, e não se esqueceu de mencionar os tradicionais órgãos de controle, conforme já mencionado no item 2 (BRASIL, 1994).

Atualmente, a resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, apesar de não possuir força de lei, estabelece diretrizes sobre a organização dos conselhos de saúde em todo o Brasil. A representação paritária (25% de trabalhadores de saúde; 25% de prestadores de serviços (públicos e privados); 50% de usuários) foi estabelecida como forma da comunidade ter efetiva participação. Dentre as principais atribuições dos Conselhos de Saúde, estabelecidas pela referida resolução, no que tange ao repasse dos recursos fundo a fundo, podemos citar:

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XVI - Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003).

Hoje há em funcionamento, além de um conselho nacional, 26 estaduais, um do Distrito Federal, e 5.559 municipais. Entretanto, a simples formação desses conselhos não é suficiente para afirmar que exista efetiva participação popular na formulação da estratégia e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente (ZELENOVSKY, 2006). Isto porque há diversos problemas e desafios em seu funcionamento que prejudicam sua atuação como fiscais dos recursos repassados fundo a fundo. Tais problemas serão mais bem analisados nas seções subseqüentes.

2.2.3 Problemas apontados na literatura

Uma pesquisa, denominada “Monitoramento e apoio à gestão participativa do SUS”, realizada com 2.994 conselhos municipais de saúde, permitiu concluir que a maioria dos conselhos: foram criados entre 1991 e 1997; são compostos por 12 conselheiros titulares; não são paritários; são presididos por representante do segmento dos gestores, de sexo masculino, com idade entre 40 e 49 anos, com nível superior e eleito por votação aberta nominal; tem regimento interno; não tem mesa diretora; não tem comissões permanentes; não tem secretaria-executiva; não tem equipe de apoio administrativo; promove reuniões ordinárias mensais, divulgando as datas à população e facultando-lhe a participação e o direito a voz; não cancelou reuniões por falta de quórum em 2004; localiza-se em município com Plano

Municipal de Saúde, de cuja elaboração e aprovação participou; não tem orçamento próprio; não tem autonomia no gerenciamento de recursos; não tem sede; não tem computador; usa linha telefônica compartilhada e não tem acesso à internet (DOMINGUES, 2007).

Segundo Correia (2005), “nos Conselhos de Saúde existem tensões que se expressam na presença de diferentes interesses relacionados ao rumo da política de saúde”. Isto porque cada conselheiro representa os interesses de seu segmento que, muitas vezes, divergem das aspirações dos demais. São interesses públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais (CORREIA, 2005).

Além disso, o segmento dos usuários não é uniforme, abrangendo representantes das diversas organizações existentes na sociedade civil e nem seus conselheiros possuem posições homogêneas. Nos conselhos de municípios com mais de 100 mil habitantes, grande parte dos conselheiros usuários representa associações de moradores e bairros (21%), sindicatos (20%), portadores de deficiência e patologia (12%) ou grupos religiosos (9%) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2009).

Aliado a este fato, temos a fragilidade no nível de organização dos movimentos populares e sindicais e o baixo nível de informação e de educação da população, assim como sua tendência de submissão aos “coronéis” e governos estabelecidos. Com isso, os conselhos pouco se preocupam em criar canais de participação mais efetivos com a população, a fim de receber suas demandas e divulgar as providências tomadas. Todos estes fatores apontam para uma falta de legitimidade dos conselheiros, que efetivamente não representariam os interesses da população.

Os conselheiros tem tido grandes dificuldades para acessar as informações necessárias para cumprirem seu papel. A Lei 8142/90 atribui aos conselheiros o papel de atuar “na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”. Por isso, o acesso à informação é indispensável. O Relatório Final da 10ª Conferência Nacional da Saúde (1996) detalha quais informações os conselhos necessitam para trabalhar, e que não estariam conseguindo ter acesso:

Livre acesso de todos os Conselheiros de Saúde a todas as informações sobre: produção de serviços, horários de trabalho (especialmente plantões), custos de atendimento, indicadores de saúde, elaboração e implementação dos Planos de Saúde, metas, propostas, programas, projetos, informações relativas ao saneamento básico e ao meio ambiente, contratos e convênios com a rede privada e filantrópica, implantação de consórcios intermunicipais, orçamento para a saúde e extratos bancários e fluxo de caixa diário das contas dos Fundos de Saúde, auditorias e fiscalizações ou qualquer outra informação solicitada

pelos Conselheiros de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

A conscientização da importância dos membros dos Conselhos de Saúde, em especial, dos representantes dos usuários, não está bem sedimentada. Os conselheiros necessitam de treinamento, de forma a aperfeiçoar a sua atuação, por meio de um programa contínuo de capacitação que lhe permita ter o conhecimento necessário para bem exercer suas atribuições. A própria legislação que rege o SUS é extensa e complexa, estendendo-se por um grande número de portarias e resoluções, as quais são permanentemente atualizadas. Por isso, o Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) também se preocupou com esse problema, indicando que era necessário

Promover uma Política Nacional de Capacitação de seus Conselheiros, realizando cursos de capacitação e programas de educação continuada sobre aqueles conteúdos indispensáveis para a sua atuação, os quais serão custeados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Segundo Correa (2005), a compreensão sobre os aspectos econômicos e financeiros do SUS é uma dificuldade dos conselheiros. Considerando que a política de saúde é definida por meio da aplicação dos recursos, o controle social só se efetiva de fato quando há controle sobre os tais aspectos. Por isso, “o acesso à informação, a fiscalização, o acompanhamento e a participação na definição dos gastos com saúde por parte do Conselho são indispensáveis para a efetivação do controle social” (CORREIA, 2005). Ainda segundo Antonio Moraes, auditor contábil do Tribunal de Contas de Mato Grosso do Sul, os conselhos estaduais e municipais não tem treinamento sobre assuntos de finanças (DOMINGUES, 2007), o que comprometeria sua atuação como controlador.

A autonomia do Conselho também é ameaçada pelo gestor, que utiliza a legislação municipal para contrariar a legislação federal e as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O presidente do CMS de Juazeiro/BA já relatou que “o Conselho Municipal de Saúde está sofrendo perseguição do prefeito, que por lei municipal alterou a composição do CMS e determinou que o presidente seja o secretário municipal de Saúde” (VARGAS, 2005).

Conforme afirma Correia (2000), o controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Primeiro, porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. Em seguida, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito

complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação. Ademais, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, que pode ou não, segundo seu critério e boa vontade, repassá-las ao Conselho de Saúde (CS). Em resumo, falta muito caminho a percorrer para que o público se torne objeto de controle social (CORREIA, 2000).

2.2.4 Cadastro do Conselho Nacional de Saúde

A fim de analisar se a estrutura dos conselhos está adequada para que estes cumpram bem suas atribuições e se os conselhos estão cumprindo seu papel de fiscalizador dos recursos, utilizou-se o cadastro do sítio do Conselho Nacional de Saúde (2009), que contém dados de todos os 5581 conselhos (BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2009).

A grande maioria dos conselhos foi implantada por meio de lei (87,4%), sendo o decreto (8,9%) e a portaria (4,7%) outros instrumentos utilizados para tal, indicando um bom nível de formalização dos conselhos e a utilização de instrumentos adequados para sua habilitação.

No cadastro do CNS, 89,1% dos conselhos afirmaram estar aderentes à Resolução 333 do CNS. Todavia, o desrespeito à paridade já detectado na pesquisa anterior, aliado ao excessivo número de conselheiros representantes dos gestores, pode inviabilizar o controle social e o princípio da segregação de funções, já que cabe ao conselho fiscalizar a aplicação dos recursos por parte do gestor. Em 59,6% dos conselhos, o presidente é do segmento “governo”, o que evidencia ainda mais tal fato.

No cadastro do CNS, apenas 33,5% dos conselhos afirmam que realizam eleições para presidente do conselho e somente 302 conselhos (5,4%) afirmaram que dispõem de sede própria. São indícios de falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores da saúde. Além disso, apenas 1433 conselhos (25,6%) afirmaram que realizam a capacitação dos conselheiros, requisito essencial para sua boa atuação.

2.2.5 Pesquisa realizada

Como fonte de informações complementar para analisar e detalhar os problemas dos conselhos de saúde, realizou-se uma pesquisa com diversos conselhos municipais de saúde, conseguindo-se 175 respostas. Verificou-se que a elaboração e a publicação de um regimento interno próprio foram seguidas por 84,5% dos respondentes, corroborando o bom nível de formalização dos conselhos já citado na seção anterior.

Quando indagada a proporção de membros do segmento “governo” no conselho, 26,8% dos respondentes afirmaram possuir mais de 25%, o que contraria a Resolução CNS nº 333/2003 e vai de encontro à proposta do conselho que é dar mais espaço à sociedade civil. Além disso, em 20,5% dos conselhos respondentes, o segmento dos usuários não atinge os 50% estabelecidos pela resolução.

Outro item importante a ser analisado refere-se à influência do prefeito nas decisões do conselho de saúde. Em apenas 19,4% dos respondentes a influência é diferente de zero, numa escala de 0 a 5, sendo que atinge níveis máximos em 7% dos mesmos. Houve dois depoimentos de respondentes que chamaram a atenção, quando se indagou qual seria tal influência. Eis o primeiro:

A influência é total, pois o conselho só funciona se o administrador quiser, pois se não, somos boicotados de todas as maneiras. Na prática a vida de um conselho não tem nada haver com as teorias ou ideologias já vistas. Só sabe quem convive com a situação, que é desestimulante, pois a lei nos pequenos municípios é descumprida e pronto, ponto final.

O segundo é ainda mais desconcertante: “Não podemos realizar comentários sobre este assunto. Os membros não podem exercer suas funções expressas devido a estas influencias”. Outros depoimentos ainda demonstram a ingerência e a desconsideração do prefeito sobre as decisões dos conselhos: “Ocorreram situações em que verbas programadas no orçamento foram remanejadas para outras finalidades, sem a anuência do Conselho”; “Na aprovação de projetos - exemplo implantação da ESF - exige que as reuniões sejam mais breves – extraordinárias”.

Depoimentos de respondentes atestam que “a lei de criação do conselho determina que o presidente seja o secretário de saúde”. Em 13,7% dos respondentes, não há nenhuma liberdade na realização de eleições (escala de 0 a 5), sendo que em 18,3% não há liberdade total de escolha. Percebe-se que a prática de eleições livres para presidente está se difundindo pelo país, mas ainda há um longo caminho a percorrer para eliminar a ingerência dos prefeitos nessa questão.

Apesar de a lei ser clara e determinar que os conselhos de saúde devam ter dotação orçamentária própria, 74,4% dos respondentes não a possuem, sendo que um deles deu o seguinte depoimento: “Apesar de o Conselho ser deliberativo, a prefeitura diz se tem orçamento ou não. Isso demonstra que existe influência do prefeito” e é uma evidência de que o conselho não dispõe da autonomia necessária para desempenhar suas funções.

Sendo que a maior parte ocupa dependências cedidas pela própria secretaria de saúde (89% dos respondentes) ou pela câmara de vereadores (2% dos respondentes). Esta é outra evidência da dependência dos conselhos em relação ao gestor.

Em 48% dos respondentes, os conselheiros não fizeram nenhum curso de capacitação neste ano. Para bem fiscalizarem os recursos do SUS, é necessário que os conselheiros tenham os conhecimentos necessários para poderem acompanhar as ações e decisões do gestor, entender o emaranhado da legislação do SUS e o fluxo de recursos para os diversos níveis de atenção à saúde. Nos respondentes que realizaram capacitações, os temas mais abordados foram: legislação do SUS (60%), programas de saúde (50%) e finanças (41%). Como ponto positivo, 47% dos respondentes atestaram que pelo menos 25% de seus conselheiros possuem formação na área da saúde.

Os conselhos respondentes atestaram que realizam diversas atividades para fiscalizar os recursos do SUS: analisam a prestação de contas do prefeito (74%), analisam se as equipes de saúde da família estão formadas e operando (62,8%), checam se os procedimentos de média (28%) e alta (24%) complexidade foram mesmo realizados, conferem se as denúncias recebidas de mau uso de recursos da saúde são procedentes (51,4%), conferem se as ações na área de saúde estão de acordo com o Plano Municipal de Saúde (58,8%) e verificam as condições de trabalho do pessoal (56%) e de material das unidades de saúde do município (44,5%). Neste caso, percebe-se que muito já se avançou, mas falta um longo caminho a percorrer, tendo em vista que são atividades que devem ser realizadas por todos os conselhos de saúde no exercício de seu poder fiscalizador atribuído pela legislação. Ainda mais quando se constata que 11% dos respondentes afirmam que seus conselhos não realizam a fiscalização dos recursos da saúde. Como dificuldade adicional para o conselho realizar sua missão fiscalizadora pode-se citar a recusa do gestor em prestar informações e fornecer documentos, conforme expresso no depoimento de um conselho respondente:

A comissão permanente de orçamento, finanças, controle e avaliação recebeu várias conciliações bancárias do Fundo Municipal de Saúde (FMS), solicitou documentos complementares e não foi atendida. O CMS decidiu solicitar novamente e não teve êxito. A questão foi para o Ministério Público (MP).

Outra atribuição importante dos conselhos é o recebimento e o tratamento de denúncias da população. Pouco mais da metade dos respondentes afirmaram que dão o encaminhamento necessário a estas denúncias, seja por meio da nomeação de uma comissão de apuração, ou levando adiante para a auditoria do SUS e/ou órgãos de controle. Alguns

indicaram que existem comissões específicas do próprio conselho com a atribuição de receber e apurar denúncias. A outra metade dos respondentes silenciou sobre o assunto, indicando uma possível inércia do CMS.

As autorizações de internações hospitalares (AIH) constituem a forma de faturamento e pagamento no que tange aos procedimentos mais caros do SUS e que formam o conjunto mais interessante para os prestadores privados e para os possíveis fraudadores do sistema. As autorizações para procedimentos de alta complexidade (APAC) também se incluem nesse grupo. Desta forma, os conselhos de saúde deveriam se debruçar sobre tais mecanismos a fim de certificar que os procedimentos realmente foram executados. Contudo, apenas 42,8% dos respondentes preocupam-se em fiscalizá-los.

A pesquisa indicou uma alta preocupação dos conselhos com a estratégia Saúde da Família, quando 85% dos respondentes afirmaram que fiscalizam a aplicação dos recursos do PAB variável referente às equipes do município. Contudo, no que se refere às visitas e inspeções nos postos e unidades básicas de saúde, apenas 40% dos respondentes fazem pelo menos uma incursão mensal, sendo que outros 20% o fazem com uma periodicidade aleatória, indicando ausência de planejamento no que tange ao acompanhamento das atividades da atenção básica.

Percebe-se uma melhoria na sistemática de prestação de contas do FMS, tendo em vista que 63% dos respondentes afirmaram que a prestação de contas contém mais do que dados agregados da aplicação dos recursos, havendo o detalhamento necessário da aplicação dos mesmos. Todavia, cerca de 12% atestaram a não realização da prestação de contas do FMS, reforçando o descaso do gestor com relação ao papel dos conselhos.

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) aparentam estar distantes das modernas práticas de gestão. Apenas 9,7% preocupam-se em estabelecer indicadores, 26% em acompanhar a evolução de indicadores preestabelecidos pelo gestor e 29% estabelecem metas. Quando se trata de análise de risco, o percentual dos CMS respondentes que se preocupam em realizar tal atividade, considerada básica em qualquer sistema de governança, cai para 8%. O maior grupo (45%) preocupa-se apenas em encaminhar sugestões ao gestor.

O item XVII da Resolução 333 do CNS afirma que os conselhos devem responder a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, 2003). Do total de respondentes, 24% afirmaram que não realizam tal atividade, demonstrando total isolamento da população. Tal fato ainda é

evidenciado quando 34% dos respondentes não comunicam suas ações à população e 20% atestam que não recebem nem sugestões nem reclamações da população.

Em linhas gerais, percebe-se que os conselhos estão ainda em processo de consolidação e de conscientização de seu papel legal de fiscalizador de recursos. Os problemas apontados são de difícil solução e dependem de uma melhor organização da sociedade civil e dos setores representantes dos usuários de saúde a fim de que as ações dos gestores possam ser mais transparentes e de acordo com as necessidades de saúde da população.

Aplicando-se a metodologia de acordo com as análises efetuadas acima, obtém-se a matriz SWOT reproduzida na tabela 3.

Tabela 3 – Matriz SWOT referente ao componente “Conselhos de Saúde”.

	AMBIENTE INTERNO	AMBIENTE EXTERNO	
+	Forças	Oportunidades	+
	- Bom nível de formalização dos conselhos (pg. 32)	- Maior detalhamento na forma de apresentação das prestações de contas dos Fundos Municipais de Saúde, possibilitando uma melhor análise da aplicação dos recursos (pg. 35)	
-	Fraquezas	Ameaças	-
	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de tensões derivadas dos interesses divergentes dos diversos segmentos (pg. 30), inclusive dentro do próprio segmento dos usuários de saúde (pg. 30) - Não obediência à paridade (pg. 29) - Falta de organização administrativa e estrutura de funcionamento adequadas (pg. 29) - Legitimidade questionável dos conselheiros, que não representariam os interesses da população (pg. 30) - Falta de programa de capacitação para os conselheiros. (pgs. 31 e 34) - Dificuldade de entendimento dos aspectos econômicos e financeiros do SUS (pg. 31) - Excessivo número de conselheiros representantes do segmento “governo” (pg.32) - Dificuldade de apurar denúncias da população (pg. 34) - Baixa taxa de fiscalização das APAC e AIH (pg. 35) - Falta de planejamento no acompanhamento das ações da atenção básica (exceto Estratégia Saúde da Família - ESF) (pg. 35) - Baixo índice de utilização de técnicas modernas de gestão, como análise de risco e estabelecimento/acompanhamento de metas e indicadores (pg. 35) - Isolamento de parte dos CMS com relação à população (pgs. 35 e 36) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de autonomia dos conselhos em relação ao gestor, devido à dependência de orçamento, infraestrutura, sede e equipamentos (pgs. 29,32 e 33) - Dificuldade de acesso às informações de saúde, com a recusa do gestor em prestar informações e fornecer documentos (pgs. 30 e 32) - Postura de submissão da população que trata os recursos públicos como algo restrito aos gestores (pg. 31) - Utilização de legislação municipal para diminuir autonomia do conselho de saúde (pg. 31) - Utilização de legislação municipal para determinar que o presidente do CMS seja o secretário de saúde (pg. 31) 	

2.3 Sistema Nacional de Auditoria (SNA)

A importância do SNA para a fiscalização de recursos da saúde pode ser sintetizada pela declaração do então Ministro do TCU, Carlos Átila Álvares da Silva que, em junho de 1994, afirmou que

(...) mesmo que o Sistema Nacional de Auditoria custasse o dobro do que custa o TCU, com todas as suas Secretárias Regionais e 2 mil servidores, ainda assim o controle exercido pela Auditoria proporcionaria economia superior a seu custo de operação. “Se custar 100 milhões de dólares anuais e conseguir reduzir apenas à metade os desvios do SUS, ainda assim deixará um saldo de 35 milhões de dólares para o Tesouro Nacional...” (SENADO FEDERAL, 2006).

A atuação do SNA será analisada por meio de entrevistas realizadas com membros do DENASUS e da revisão da bibliografia disponível. As entrevistas estão detalhadas no Apêndice B.

2.3.1 Surgimento e Legislação

A Lei nº 8.080/90 já estabelecia, em seu art 16, inciso XIX, já previa o estabelecimento do SNA como uma competência da direção geral do SUS. A mesma lei, no art. 33, § 4º, estabelece que:

O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei (BRASIL, 1990).

Segundo Melo (2007), a lei 8080/90 demarcou 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 (MELO, 2007). Todavia, foram necessários três anos para que a Lei 8689/93, a mesma que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), instituísse o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Ministério da Saúde (MS) como um sistema descentralizado:

Art 6, § 2º A descentralização do Sistema Nacional de Auditoria far-se-á através dos órgãos estaduais e municipais e de representação do Ministério da Saúde em cada Estado da Federação e no Distrito Federal.

§ 4º O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 1993).

O SNA foi regulamentado pelo Decreto 1651/95, o qual estabelece 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) do MS e por uma Comissão Corregedora Tripartite. Tal comissão seria composta por representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e da direção nacional do SUS (BRASIL, 1995) e foi instituída somente 12 anos depois, pela Portaria GM/MS nº 2.123 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

A regulamentação do Decreto 1.651/95 definiu as atribuições de cada componente do SNA:

- 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 responde 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 (BRASIL, 1995).

O Decreto 1232/94, em seu Art. 5, atribui ao Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e com base nos relatórios de gestão encaminhados pelos entes federados, o acompanhamento da conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde. Ou seja, o mesmo decreto que regulamenta os repasses fundo a fundo dá ao SNA um importante papel na sua fiscalização (BRASIL, 1994).

A Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 também deu sua contribuição ao processo de descentralização da auditoria do SUS, instituindo a estruturação de componentes do SNA nas três esferas gestoras do SUS. O item 11.2.3 afirma que

as ações de auditoria analítica e operacional constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS, o que exige a

estruturação do respectivo órgão de controle, avaliação e auditoria, incluindo a definição dos recursos e da metodologia adequada de trabalho. É função desse órgão definir, também, instrumentos para a realização das atividades, consolidar as informações necessárias, analisar os resultados obtidos em decorrência de suas ações, propor medidas corretivas e interagir com outras áreas da administração, visando o pleno exercício, pelo gestor, de suas atribuições, de acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

A mesma norma impõe ao gestor estadual que estruture e operacionalize o componente estadual do SNA e institui a exigência da comprovação da estruturação do componente municipal do SNA para que os municípios fossem habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal¹⁸. Além disso, também exigiu a comprovação da disponibilidade de estrutura de recursos humanos para supervisão e auditoria da rede de unidades, dos profissionais e dos serviços realizados (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996).

A Portaria GMMS 1069/99, que reestruturou o Ministério da Saúde, estabeleceu uma nova organização para as atividades do SNA e regulamentou o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) como órgão federal do sistema. O departamento ficaria responsável pelas atividades de auditoria, devendo ser representado em todos os estados da Federação e no Distrito Federal. Suas atribuições passam a envolver a verificação da regularidade dos atos praticados e produzir ações orientadoras e corretivas em relação à aplicação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde (BRASIL. Ministério da Saúde, 1999).

O Decreto nº 3.496/2000 reestruturou regimentalmente o SNA e 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, posição adequada no organograma para o setor de auditoria do SUS da esfera federal. 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 (BRASIL, 2000).

¹⁸ Gestão Plena do Sistema Municipal é uma das condições de gestão estabelecidas na NOB 01/96, que explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. Vide item 15.2 da norma para maiores detalhes. (BRASIL. Ministério da Saúde, 1996)

A emissão de relatórios e dos pareceres conclusivos também se constituiu como ferramenta para a legitimação das ações do SNA. O Decreto 4.726/2003, realça a importância das mesmas, 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 (BRASIL, 2003).

Com a publicação do Decreto nº 5.841/2006, o DENASUS passou a integrar a estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão singular do Ministério da Saúde que ganhou novo formato diante do crescente grau de complexidade da institucionalização do SUS, tornando necessário consolidar a competência na execução dos processos de gestão estratégica e participativa do sistema (BRASIL, 2006). Todavia, tal alteração vai de encontro às boas práticas recomendadas para a posição da auditoria interna no organograma de uma organização, que é a subordinação direta ao administrador máximo, ou ao Conselho de Administração, no caso o Ministro da Saúde.

Melo (2007) comenta ainda a sobreposição de funções do DENASUS com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS), o que pode ainda atrapalhar as ações de controle, quando diz:

ao analisar as funções desse departamento, [...], 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 (MELO, 2007)

As competências atuais do DENASUS estão contidas no artigo 30 do anexo I do Decreto nº 5.974/2006, que definiu a nova estrutura do Ministério da Saúde sem, contudo, promover alterações nas competências da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (BRASIL, 2006).

2.3.2 Sistema e forma de atuação

Com o intuito de organizar as informações obtidas pelas atividades de auditoria e possibilitar a organização sistemática do 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, foi desenvolvido o Sistema de Auditoria (SISAUD) e, posteriormente, o SISAUD/SUS, que se

tornaram ferramentas fundamentais para o desenvolvimento da auditoria em saúde no âmbito público.

De acordo com Melo (2007), 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 (MELO, 2007). Tais levantamentos consistem na denominada “fase analítica” da auditoria.

Em seguida, a equipe parte para a verificação “in loco”, que abrange a ida da equipe para o local da auditoria, entrevistas com gestores, visitas às unidades de saúde, circularização de solicitação de informações, desenvolvida num período de cinco a dez dias úteis. A fase seguinte é a elaboração do relatório preliminar, contendo as constatações de conformidade e não conformidades, fundamentadas na legislação. Aos responsáveis envolvidos é dado um prazo de quinze dias para que apresentem suas defesas, prorrogável por mais quinze dias. Tais justificativas são analisadas e emite-se o relatório final.

No que se refere à glosa, destaca-se a orientação dada pelo art. 4º da Instrução Normativa do Denasus nº 1/2004:

Quando a ação de auditoria ou de fiscalização resultar em glosa, as Divisões e Serviços de Auditoria da unidade de lotação do coordenador da equipe da ação, após o encerramento no SISAUD, deverão formalizar e instruir o processo de ressarcimento e encaminhar ao Fundo Nacional de Saúde/Brasília-DF (BRASIL.Ministério da Saúde. DENASUS, 2004)

Em entrevistas realizadas com os auditores do Denasus, constatou-se que, nas fiscalizações realizadas pelo órgão, são detectadas diversas irregularidades no registro dos procedimentos de MAC nos sistemas, tais como: gestão de recursos da saúde não sendo da autonomia do gestor da saúde¹⁹, comprovação de despesas fora do objeto inicial²⁰, falta de comprovação de despesas, desvio de finalidade, procedimentos não realizados; quantitativo maior do que o realizado; procedimento mais caro e complexo do que o informado no prontuário do paciente, alimentação incorreta dos bancos de dados dos sistemas da saúde, dentre outras.

¹⁹ Contrária o estabelecido no art. 9º da Lei 8.080/90.

²⁰ Normalmente ocorre com a fuga de recursos inicialmente destinados à atenção básica em direção à média e alta complexidade.

Exemplificando, os técnicos do DENASUS narraram uma situação na qual um estabelecimento de saúde particular simulou uma infinidade de procedimentos de média complexidade com o objetivo de fraudar o Sistema Único de Saúde, lançando-os no SIA/SUS. O gestor local validou esses dados, que passaram a compor os bancos de dados nacionais. A fraude só foi descoberta em razão de uma denúncia.

Todavia, na mesma entrevista os auditores fizeram questão de ressaltar os pontos fortes do órgão, tais como: experiência e conhecimento das questões que envolvem a aplicação dos recursos da saúde; a boa capilaridade do SNA que, além dos componentes estaduais e municipais já implantados, possui as regionais do DENASUS nas capitais de todos os estados; e bom nível de informatização destas regionais, facilitando a troca e a padronização de informações de auditoria.

2.3.3 Problemas identificados

O Relatório do Ministro José Jorge, que deu origem ao acórdão TCU 402/2009 – Plenário, traz um resumo dos problemas do SNA apontados pelos diversos órgãos de controle, inclusive do titular do controle externo, o Congresso Nacional. A Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, que apurou as irregularidades na aquisição de Unidades Móveis de Saúde (operação “Sanguessuga”²¹), apontou a não estruturação da auditoria do Ministério da Saúde, isto é, o não cumprimento do artigo 13 da Lei n.º 8.689/1993 (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2009).

O próprio TCU apontou, em diversas ocasiões, as deficiências do componente federal do SNA, principalmente a falta de uma carreira de Auditor Federal da Saúde e de estrutura do sistema. No Acórdão n.º 1.843/2003 – Plenário, o TCU já recomendava ao Ministério da Saúde que “(...) realize com maior frequência auditorias de caráter preventivo, corretivo ou saneador, fortalecendo as atividades de controle, avaliação e auditoria do Sistema de Saúde e dos serviços de saúde” (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2003).

²¹ Operação de investigação policial conduzida pela Polícia Federal, em maio de 2006, que deu origem a diversas medidas de caráter administrativo e jurídico, entre as quais a instalação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito e a prisão de aproximadamente 50 pessoas, incluindo empresários e servidores públicos do executivo e do legislativo federal. De acordo com o Relatório dos Trabalhos da CPMI, a quadrilha negociava com assessores de parlamentares a liberação de emendas individuais para municípios específicos; o grupo, que também possuía ramificações no Ministério da Saúde, manipulava as licitações por meio da montagem de propostas de empresas pertencentes ao mesmo grupo de sócios ou até empresas de fachada; ao final, com base nos preços superfaturados, o “lucro” era dividido entre os participantes do negócio, dentre os quais parlamentares, funcionários públicos e empresários (BALBE, 2006).

Recentemente o TCU enviou ao Ministério da Saúde o Ofício n.º 904/2008, datado de 16/jun/2008, onde solicita a apresentação de justificativas pelo descumprimento das recomendações constantes nos Acórdãos TCU 1843/2003-Plenário e do Acórdão TCU n.º 726/2005-Plenário; dentre elas destaca-se o item 9.2.4, que recomenda:

"(...) elabore projeto normativo legal que vise criar carreira (s) de auditoria (...) do Sistema Único de Saúde de modo a capacitar o Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS (...) para o suprimento das finalidades estabelecidas no Decreto n.º 4.194/2002 e na Portaria n.º 1970/GM/MS, de 23.10.2002" (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2005).

Além dos órgãos de controle, o próprio controle social aprovou, na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a proposta para implantação de uma política de auditorias no SUS em todas as esferas de gestão, abrangendo quatro diretrizes:

- Integrar as ações desenvolvidas por todas as instâncias de controle, auditoria e fiscalização, especialmente com as de controle social;
- Definir carreira de auditoria do SUS, de caráter multiprofissional, no âmbito do SNA;
- Garantir financiamento Tripartite para a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria e execução de suas ações;
- Estabelecer mecanismo para exigir o cumprimento das responsabilidades sanitárias, com envolvimento do Controle Social, nas três esferas de gestão do SUS (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 2009).

Em entrevista estruturada realizada em 21/set/2009 com auditores do DENASUS²², outras dificuldades foram constatadas: demora na entrega da documentação solicitada aos municípios, seja por falta de organização, seja intencionalmente; deficiências para o transporte das equipes, principalmente na região Norte; a quantidade e a idade média dos servidores; falta de profissionais especializados, principalmente para auditar a alta complexidade.

Chama-se a atenção para a média de idade dos servidores que trabalham no DENASUS: 53 anos. Se não houver um planejamento para a reposição da força de trabalho, existe a ameaça da perda da memória do órgão, com o conseqüente enfraquecimento do SNA. Soma-se a este fato, a diminuição no número de servidores do órgão, que possuía 1226 servidores em 1997, chegando ao mínimo de 686 em 2006. Atualmente, o DENASUS conta com 747 servidores, sendo apenas 405 de nível superior (BRASIL. Ministério da Saúde.

²² Vide apêndice B.

DENASUS, 2008). Tal redução no quantitativo é indício da falta de priorização das atividades do órgão pelo MS.

2.3.4 Componentes estaduais e municipais do SNA

Segundo Santos (2009), apesar de o SNA ter sido criado há mais de quinze anos, ainda enfrenta desafios para sua consolidação, com incipiente estruturação nos estados e municípios. Tal autor realizou uma pesquisa, por meio eletrônico, com os vinte e sete responsáveis pelo componente estadual do SNA em todos os estados. A primeira grande constatação é de que há uma grande variabilidade de nomenclatura do órgão responsável pela auditoria do SUS e de sua posição na estrutura. Em 9 estados o setor é uma gerência, em outros cinco é apenas uma seção, em 3 é um departamento, em outros 3 é uma coordenação. Em apenas dois estados, o setor está diretamente subordinado ao gabinete da Secretaria Estadual de Saúde (SES), indicando uma posição “quase” adequada no organograma. O setor de auditoria, para independência e autonomia, deve estar diretamente ligado ao chefe máximo da organização (SANTOS, 2009).

As condições de funcionamento da estrutura física foram apontadas como inadequadas em 10 estados e havia falta de recursos para realização das atividades em 9 estados. Além disso, apenas 12 utilizam o sistema informatizado fornecido pelo DENASUS, o SISAUD/SUS, para organizar e registrar suas atividades de auditoria.

Os estados também informaram²³ o percentual de municípios que possuem o componente municipal do SNA implantado. Em apenas seis estados²⁴, tal percentual ultrapassa os 10%, sendo que o mais alto foi encontrado em MS, com 17,9% dos municípios. Para ilustrar a situação do componente municipal, Melo (2007) apresenta uma declaração de um auditor da esfera municipal em Grupo Focal:

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 (MELO, 2007).

Outra evidência do baixo nível de atividade do componente municipal do SNA é a baixa adesão ao SISAUD/SUS, com apenas 42 municípios cadastrados. Destes, apenas 50%

²³ Com exceção de RO,RR,TO,CE e MA

²⁴ AP, AL, PB, MS, ES e SP

inseriram a realização de alguma atividade no sistema, seja auditoria, visita técnica, parecer técnico ou ação de capacitação.

Desta forma, percebe-se que os componentes estaduais e municipais do SNA apresentam dificuldades em sua estrutura e funcionamento. Segundo Santos (2009), a gestão do SUS estadual ainda não prioriza a auditoria como instrumento de gestão, devido aos fatores já apontados, e que geram entraves para que apóie a consolidação do SNA municipal, tendo em vista a reduzida capacidade de cooperação técnica e baixo percentual de municípios com SNA nos estados (SANTOS, 2009). O Plano Mais Saúde pretende colaborar para fortalecer tais componentes, com o fornecimento de equipamentos de informática. Todavia, este deverá ser apenas o primeiro de uma série de passos a ser dada pelos gestores da saúde, em sua composição tripartite, para que o SNA possa cumprir integralmente o seu papel no controle da aplicação dos recursos na saúde.

De acordo com o exposto nos parágrafos acima, pode-se elaborar a análise SWOT constante da tabela 4.

Tabela 4 – Matriz SWOT referente ao componente “Sistema Nacional de Auditoria”.

	AMBIENTE INTERNO	AMBIENTE EXTERNO	
+	Forças	Oportunidades	+
	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência e conhecimento do negócio (pg. 42) - Possibilidade de realização de auditorias operacionais médicas, que detectam diversas irregularidades na aplicação de recursos da saúde. (pg. 41) - Boa capilaridade do SNA (pg 42) - Bom nível de informatização das regionais do DENASUS (pg 42) 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de parcerias com TCU, CGU, MP e conselhos de saúde, integrando as ações desenvolvidas por todas as instâncias de controle (pg. 43) - Plano Mais Saúde (pg. 45) 	
-	Fraquezas	Ameaças	-
	<ul style="list-style-type: none"> - Posição inadequada do DENASUS no organograma do Ministério da Saúde (pg. 40), o que se reflete no componente estadual do SNA (pg. 44) - Sobreposição de funções do DENASUS com o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAS) (pg. 40) - Insuficiência da força de trabalho, que exerce a função de auditor sem ter tal cargo (pgs. 42) - Elevada média de idade dos servidores do DENASUS (pg. 43) - Inadequação da estrutura física (pg. 44) - Baixo grau de institucionalização do componente estadual do SNA (pg. 44) - Baixíssimo grau de implantação do componente municipal do SNA (pg. 44) - Baixo grau de adesão ao SISAUD/SUS por parte dos estados e municípios (pg. 44) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos para transportar as equipes até os municípios a serem auditados (pg. 43) - Possibilidade de perda de memória do órgão devido ao grande número de aposentadorias previstas para os próximos anos (pg. 43) - Dificuldade de acesso à documentação solicitada aos gestores da saúde (pg. 43) - Falta de priorização das atividades de auditoria pelos gestores da saúde (pgs. 43 e 44) 	

2.4 Controladoria-Geral da União

2.4.1 Histórico e competências

A Secretaria Federal de Controle (SFC) foi criada em 1994, na estrutura do Ministério da Fazenda, devido à ampliação das funções do controle interno estabelecidas pela Constituição de 1988 e à conjuntura da época, caracterizada pelo recente impeachment do Presidente da República e pela Comissão Parlamentar de Inquérito dos “anões do orçamento”, a qual mostrou as fragilidades da elaboração, da execução e do controle dos recursos públicos. Em 2000, com a extinção das Secretarias de Controle Interno existentes nos ministérios²⁵, a SFC passou a contar com mais de 1500 servidores, centralizando o controle interno do Poder Executivo Federal.

Em 2002, a SFC passou a ser subordinada à Casa Civil e, em seguida, à CGU, então denominada Corregedoria-Geral da União. Segundo Balbe (2006), tinha na época, “o propósito declarado o de combater, no âmbito do Poder Executivo Federal, a fraude e a corrupção e promover a defesa o patrimônio público”. Logo no 1º dia do governo do Presidente Lula, a medida provisória nº 103 mudou o nome da CGU para Controladoria-Geral da União. Mais recentemente, o Decreto nº 5.683, de 24 de janeiro de 2006, alterou a estrutura da CGU, conferindo maior organicidade, por meio do agrupamento das principais funções administrativas de controle, correição, prevenção e ouvidoria, consolidando-as em uma única estrutura funcional (BALBE, 2006).

À Controladoria Geral da União (CGU), por meio da Secretaria Federal de Controle Interno, segundo Olivieri (2006), cabe “avaliar a execução dos programas de governo através de diversos tipos de auditorias e fiscalizações, e organizar a prestação de contas do Poder Executivo ao Congresso e ao TCU” (OLIVIERI, 2008). Tal afirmação decorre do estabelecido no art. 74, inciso I, da Constituição Federal (1988):

Art.74. Os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de:

I - avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União (BRASIL, 1988).

Ainda segundo Olivieri (2006), a CGU é “um órgão de monitoramento sobre a execução das políticas públicas cuja função é garantir ao Presidente que seus ministros estão executando, de fato, as políticas definidas na Constituição e as definidas no seu programa de

²⁵ Exceção às Secretarias de Controle Interno dos Ministérios das Relações Exteriores e da Defesa e da Presidência da República.

governo” (OLIVIERI, 2008). Está claramente expresso no Manual do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal (2001):

Para o cumprimento de suas atribuições e alcance de suas finalidades, o Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal deve realizar suas atividades com foco nos resultados da ação governamental, para o qual utilizará de metodologia de planejamento específica, com ênfase na visão dos programas de governo como fator básico de organização da função pública, e na gestão pública como mobilização organizacional para o alcance desses resultados (BRASIL. Secretaria Federal de Controle Interno, 2001)

A metodologia de planejamento das ações está bem descrita no capítulo III do manual supracitado, envolvendo sete fases: mapeamento das políticas de cada ministério ou órgão; promoção da hierarquização dos programas governamentais (essenciais, relevantes e coadjuvantes) com base em critérios políticos e estratégicos, bem como de materialidade, relevância e criticidade; detalhamento das informações e ações dos programas essenciais; promoção da hierarquização das ações dos programas; elaboração de relatório de situação das ações selecionadas; elaboração do plano estratégico da ação; e elaboração do plano operacional.

Segundo Olivieri (2008), “a SFC fiscaliza presencialmente apenas algumas unidades administrativas, escolhidas conforme os critérios de priorização de programas definidos na metodologia de planejamento anual das atividades de controle”. Ainda segundo a autora, “a fiscalização nos estados e municípios não tem como foco a avaliação das contas, mas sim a real execução das políticas públicas”, o que denota uma evolução no conceito da auditoria, a qual ultrapassa o aspecto meramente financeiro-contábil, chegando a uma análise mais apurada, a de desempenho (OLIVIERI, 2008).

Segundo entrevistas com analistas da CGU²⁶, o acompanhamento sistemático das ações de saúde, por parte da SFC, é uma atividade desenvolvida desde sua criação, em 1994, mas que perdeu força com o redirecionamento das ações estabelecido em 2003, com o surgimento dos sorteios. Todavia, tal sistemática “foi fundamental no período recente para ajudar a construir uma organização mais abrangente, sobretudo do ponto de vista das seguintes facetas: estímulo ao controle social; articulação com os órgãos de defesa do Estado e levantamento, apresentação e monitoramento das melhorias nos programas de governo a partir dos problemas apontados”.

²⁶ Vide apêndice B.

2.4.2 Municípios fiscalizados por sorteio

Os sorteios realizados pela CGU para apontar quais os municípios serão fiscalizados incluem todos os municípios do Brasil com população inferior a 500 mil habitantes, exceto as capitais. Todos os programas federais em execução nos municípios com até 20 mil habitantes são fiscalizados. Nos municípios com população entre 20 e 100 mil habitantes, todos os programas das áreas de saúde, educação e assistência social são fiscalizados, em conjunto com o grupo de programas de áreas preestabelecidas, sorteada no mesmo evento. Nos maiores de 100 mil habitantes, são fiscalizados o grupo de programa preestabelecido e sorteado e uma das três funções da área social, também sorteada no mesmo evento (BRASIL. Controladoria-Geral da União, 2009)

No que tange à fiscalização da aplicação dos repasses fundo a fundo na saúde, os quais são o principal instrumento da execução dos programas 1220 e 1214, a CGU pode ser considerada como o próximo integrante do sistema de controle, um nível acima do SNA, já que responde diretamente ao chefe do executivo, saindo da órbita do Ministério da Saúde. Todavia, em entrevista com analistas da área da saúde da CGU, verificou-se a dificuldade das equipes de auditoria em encontrar notas fiscais que comprovem efetivamente como os recursos da saúde são utilizados, devido ao fato de que os entes fazem a comprovação via relatório de gestão. Além disso, muitos municípios se negam a fornecer os documentos por acharem que não é da competência da CGU a análise dos mesmos, como se não se tratasse de recursos federais. Outra dificuldade apontada é saber quem responsabilizar, tendo em vista que o FNS alega que apenas cumpre orientações de repassar os recursos e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) afirma que apenas cuida da política.

2.4.3 Comunicação com demais integrantes do sistema

A Portaria nº 68 da Controladoria-Geral da União (CGU), datada de 23 de março de 2004, é um exemplo de tentativa de integração, ao se 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 (BRASIL. Controladoria-Geral da União, 2004). Os outros órgãos de controle interno e externo, com os quais parcerias foram estabelecidas, são: Ministério Público Federal, Ministérios Públicos Estaduais e Tribunal de Contas da União.

O início das ações em parceria 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. Todavia, o porte da operação “Sanguessuga” foi suficiente para ocupar praticamente toda a força de trabalho do DENASUS²⁷, que ficou impossibilitado de atender as demandas desta parceria. Atualmente, espera-se que tais acordos sejam revitalizados com a chamada rede de controle, promovida pelo TCU nos diversos estados, e que visa à melhoria da troca de informações pelos órgãos de controle.

Devido ao exposto nas análises acima efetuadas, destaca-se a matriz SWOT, constante da tabela 5, para a atuação da CGU na fiscalização dos repasses fundo a fundo da saúde:

Tabela 5 – Matriz SWOT referente ao componente “Controladoria-Geral da União”

	AMBIENTE INTERNO	AMBIENTE EXTERNO	
+	Forças	Oportunidades	+
	- Preocupação em analisar a real execução da política pública, ao invés de se restringir nos aspectos contábeis e financeiros (pg. 47) - Presença em grande número de municípios brasileiros, por meio do programa de sorteios (pg. 48)	- Possibilidade de atuação conjunta com o DENASUS e demais órgãos de controle, melhorando o foco das ações e eliminação de retrabalho (pgs. 48 e 49)	
-	Fraquezas	Ameaças	-
	- Não foram detectadas fraquezas	- Dificuldades de rastreamento dos recursos da saúde devido à falta de padronização dos relatórios de gestão (pg. 48) - Dificuldades de obtenção de documentos de prestação de contas (pg. 48) - Dificuldades de responsabilização dos gestores (pg. 48)	

2.5 Tribunal de Contas da União

Os Tribunais de Contas auxiliam o poder legislativo a exercer o controle externo da gestão pública. Segundo o artigo 71 da Constituição Federal de 88,

O controle externo, a cargo do Congresso Nacional, será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas da União, ao qual compete:
VI - fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pela União mediante convênio, acordo, ajuste ou outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município (BRASIL, 1988).

Como os repasses fundo a fundo constituíram uma nova modalidade de transferência de recursos, passou-se a contestar a competência do Tribunal de Contas da União na

²⁷ No âmbito do Ministério da Saúde, o Denasus, em conjunto com a CGU, fiscalizou 1607 convênios que teriam alguma ligação com as empresas que compunham a chamada “Máfia das Ambulâncias” (BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS, 2007)

fiscalização dessas aplicações. Além disso, tais recursos não têm classificação específica, tanto na origem como no destino, o que aumentou ainda mais a polêmica sobre a autonomia que teriam os entes federados e municípios sobre a destinação a ser dada a esses recursos trazendo implicações sobre a autoridade competente para efeito de prestação de contas.

O art. 6º do Decreto nº 1.651/1995 estabelece que a comprovação da aplicação de recursos federais transferidos aos Estados e aos Municípios para a área de Saúde, por meio de transferências fundo a fundo, deve ser feita, para o Ministério da Saúde, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, e para ao Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor (BRASIL, 1995). Percebe-se que o Decreto não incluiu o TCU na fiscalização da maioria dos repasses, tendo em vista que nestes casos os órgãos executores são estaduais ou municipais.

Devido a esta controvérsia, o TCU não poderia silenciar sobre o assunto, tendo se posicionado por meio da Decisão n.º 506/97 – Plenário:

4.3.7.5. Desta feita, os recursos transferidos pela União aos demais entes da Federação por intermédio do SUS não se constituem em receita própria destes, uma vez que não se trata, por óbvio, de arrecadações de tributos estaduais ou municipais nem tão pouco das transferências constitucionais instituídas nos arts. 157 a 159 da Carta Magna. De fato, trata-se de recursos federais (...).

8.1 – firmar entendimento sobre a matéria em questão, no sentido de que os recursos repassados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, constituem recursos federais e que, dessa forma, estão sujeitos à fiscalização desta Corte as ações e os serviços de saúde pagos à conta desses recursos, quer sejam os mesmos transferidos pela União mediante convênio, quer sejam repassados com base em outro instrumento ou ato legal (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 1997).

O Tribunal já havia constatado sua competência para fiscalizar a aplicação de tais recursos desde a NOB 01/1993, por meio da Decisão n.º 576/93 – Plenário: “O que se pretende demonstrar é que a Constituição Federal estabeleceu a descentralização das ações e serviços públicos de saúde, mas não a descentralização do controle e da fiscalização na aplicação dos recursos” (BRASIL. Tribunal de Contas da União, 1993).

O TCU também firmou entendimento de que a natureza dessas transferências é convenial, conforme Decisão 449/98-Plenário, segundo a qual "A transferência de recursos da União, no âmbito do SUS, para Estados, Municípios e Distrito Federal (DF), tem natureza convenial, embora seja admitido outro instrumento ou ato legal para sua efetivação"

(BRASIL. Tribunal de Contas da União, 1998). Tal entendimento insere definitivamente a fiscalização dos repasses fundo a fundo no estabelecido no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal como competência do TCU.

Todavia, recentemente o TCU está desenvolvendo ações no sentido de promover a integração, nos diversos estados da federação, dos diversos órgãos de controle, incluindo os tribunais de contas dos estados e dos municípios, formando a chamada rede de controle. Tal rede permitirá a melhoria da fiscalização da aplicação de recursos da saúde, tendo em vista que em sendo verificadas irregularidades na aplicação dos recursos federais, quando das fiscalizações empreendidas nos estados e municípios, aqueles Tribunais comuniquem ao TCU para adoção das providências julgadas necessárias. Segundo entrevista com auditores do TCU²⁸ que já participaram de trabalhos visando à elaboração de uma metodologia de auditoria da área de saúde, a iniciativa é das mais louváveis, pois seu sucesso permitirá evitar problemas existentes atualmente, tais como;

- a duplicidade de esforços, como muitas vezes observado, no caso de diferentes órgãos de controle fiscalizando o mesmo objeto, ao mesmo tempo e com a mesma finalidade;

- o retrabalho, ante a ausência de padronização das informações que devam constar dos relatórios de auditoria, de forma a possibilitar o seu completo aproveitamento por outros órgãos de controle, bem como a adoção das medidas corretivas eventualmente necessárias;

- a existência de vácuos de controle, devido à baixa coordenação de esforços e a conseqüente má alocação dos recursos humanos e materiais. Deve-se evitar a situação de que determinados programas ou ações sejam excessivamente fiscalizados, outros não sofrem qualquer atuação de controle.

Tradicionalmente, a atuação desses órgãos de controle, inclusive do Tribunal, ocorre de maneira isolada, não sendo freqüente a troca de informações entre eles. A ocorrência de retrabalho foi destacada em reunião com o DENASUS, que mencionou a necessidade de realização de trabalhos adicionais para esclarecer dúvidas, complementar informações e possibilitar o atendimento de determinações de outras instâncias de controle.

Em entrevistas com auditores do TCU, verificou-se que já existe a consciência da necessidade de se modificar o foco das auditorias, considerando a ausência de recursos humanos e materiais suficientes para a fiscalização de todos os aspectos envolvidos no funcionamento do SUS. Por meio da coordenação com os demais integrantes do sistema,

²⁸ Vide apêndice B.

incluindo os tribunais de contas dos estados e municípios, Ministério Público e Polícia Federal, o TCU poderá melhor direcionar sua força de trabalho, a fim de atacar os vácuos de controle deixados pelos demais entes.

Além disso, cabe ao TCU o papel de fiscalizar a atuação dos demais integrantes e agir de forma pedagógica e disciplinadora a fim de que os gestores públicos cumpram efetivamente seu papel de aplicar adequadamente os recursos. Segundo Magalhães (2006), “deve o TCU centrar atenção na atuação dos órgãos e entidades da União que participam do SUS, avaliando a coordenação e execução por eles exercidas” (MAGALHÃES, 2006).

Além de auditar os demais órgãos já citados, é importante que o TCU se preocupe em fomentar o fortalecimento dos controles internos, por meio de auditorias sistemáticas e periódicas nos controles dos órgãos do MS que detenham sob sua responsabilidade atividades de controle, de avaliação ou de regulamentação sobre o SUS. Não se pode esquecer a importância da realização de auditorias operacionais de forma sistematizada, de forma que sejam eleitos, a cada exercício, pelo menos dois programas/projetos da área da saúde que empreguem a metodologia de recursos fundo a fundo, utilizando, inclusive, critérios epidemiológicos.

Barros (2002) relembra a importância que possui a auditoria de desempenho, atuando sobre a accountability²⁹, em seu tríplice aspecto:

accountability democrática, uma vez que os agentes políticos teriam informações relevantes sobre a implementação de políticas públicas por eles formuladas; accountability de resultados, à medida que os diversos interessados em informações sobre resultados de políticas teriam acesso a recomendações menos internas ao governo sobre seus programas e conseqüentemente teoricamente mais isentas; e finalmente accountability de melhoria da administração pública, pois o próprio governo pode se beneficiar das recomendações contidas em trabalhos de auditoria de desempenho com vistas a promover melhorias na sua atuação (BARROS, 2002).

Magalhães (2006) argumenta que

Embora tenha a competência para fiscalizar os recursos do SUS em sua totalidade, o TCU deve acompanhar o aprofundamento do movimento descentralizador da política de saúde, que avança conforme se consolida a sua implantação, adotando uma postura cooperativa e de apoio às instâncias de controle locais e regionais (MAGALHÃES, 2006).

²⁹ Accountability é um conceito composto, ainda sem tradução para a Língua Portuguesa, que envolve prestação de contas e responsabilização dos gestores públicos por seus atos. Andréas Schedler distingue as duas conotações básicas que o termo accountability política suscita: a) a capacidade de resposta dos governos (answerability), ou seja, a obrigação dos oficiais públicos informarem e explicarem seus atos e b) a capacidade (enforcement) das agências de accountability (accounting agencies) de impor sanções e perda de poder para aqueles que violaram os deveres públicos (SCHEDLER, 1999)

Desta forma, Magalhães (2006) apregoa que o tribunal não deve se preocupar em resolver as irregularidades ou ilegalidades cometidas na aplicação dos repasses, buscando repassar às instâncias locais de controle a responsabilidade pela cobrança e pela sanção aos responsáveis. Todavia alerta que “tal proposta para atuação do TCU não deve ser encampada de pronto, devendo acompanhar o ritmo de implantação do SUS e a assunção das correspondentes responsabilidades pelas respectivas instâncias de controle” (MAGALHÃES, 2006). Em outras palavras, o TCU ainda não pode abdicar da prerrogativa de fiscalizar a conformidade da aplicação dos recursos, devido aos pontos fracos e às ameaças que pairam sobre os demais integrantes do sistema de controle. Todavia, deve se concentrar cada vez mais em avaliar o desempenho dos demais integrantes do sistema de controle, a fim de que estes estejam cada vez mais em condições de garantir a boa e regular aplicação dos recursos repassados fundo a fundo.

Atualmente, a 4ª Secretaria de Controle Externo (SECEX) está conduzindo dois projetos que visam aprimorar o controle dos repasses fundo a fundo:

- a construção de um mecanismo que permita exercer o controle de uma forma mais inteligente, identificando vazios de controle e oportunidades de atuação do TCU. Para isto está analisando os dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), SIASUS e SIH/SUS. O SIOPS registra os orçamentos de saúde, mas os dados são apenas declaratórios. Poderia se transformar num sistema de prestação de contas, caso fosse mais detalhado e acompanhado por auditorias. O projeto ainda está em fase de prospecção.
- a elaboração de uma cartilha para melhorar a atuação dos conselhos de saúde.

De acordo com o exposto anteriormente, pode-se elaborar a análise SWOT constante da tabela 6.

Tabela 6 – Matriz SWOT referente ao componente “Tribunal de Contas da União”.

	AMBIENTE INTERNO	AMBIENTE EXTERNO	
+	Forças	Oportunidades	+
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de realização de auditorias operacionais, a fim de desenvolver a accountability, em seu triplice aspecto (democrática, de resultados e de melhoria da administração pública) (pg. 52) - Elaboração de projetos visando melhorar o foco da atuação da força de sua força de trabalho (pg. 53) 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da comunicação dos diversos integrantes com a formação da rede de controle (pg. 51) - Possibilidade de mudança do foco das auditorias, a fim de reduzir vácuos de controle (pg. 51) - Contribuir para o fortalecimento dos controles internos do MS (pg. 52) - Avaliar a coordenação e a execução dos órgãos e entidades da União que participam do SUS, por meio de suas funções pedagógica e disciplinadora (pgs. 52 e 53) 	

-	Fraquezas	Ameaças	-
	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de recursos humanos e materiais suficientes para fiscalizar todos os aspectos envolvidos no funcionamento do SUS (pg. 51) - Foco atual não privilegia a atuação conjunta dos órgãos de controle (pg. 51) 	<ul style="list-style-type: none"> - Não comunicação ao TCU pelos Tribunais de Contas dos Estados (TCE) das irregularidades apuradas nas auditorias realizadas por estes órgãos (pg. 51) - Retrabalho, devido à ausência de padronização de informações que devam constar nos relatórios de auditoria provenientes dos demais integrantes do sistema (pg. 51). - Existência de vazios de controle (pg. 51) 	

3 Análise do Sistema de acordo com o framework COSO.

O Comitê of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission (COSO) é uma organização do setor privado, composta por diversas associações³⁰, com o objetivo de desenvolver e patrocinar a disseminação de ferramentas e boas práticas de governança corporativa, melhoria da qualidade de relatórios financeiros e implementação de controles internos. Neste caso, o COSO publicou, em 1992, um framework denominado “Internal Control – Integrated Framework”, a fim de estabelecer um padrão de entendimento, avaliação e aperfeiçoamento dos controles internos³¹. Tal protocolo de avaliação de tais controles ficou conhecido como COSO I, ou COSO Report (BERGAMINI JÚNIOR, 2005).

O COSO II, também conhecido como Enterprise Risk Management (ERM) divide os componentes “Ambiente de Controle” e “Análise de Risco” em outros cinco, e se constitui numa versão mais avançada e ampliada do COSO I voltada para a gestão de empresas (BERGAMINI JÚNIOR, 2005), focada na gestão dos riscos, que não é o objeto central desta análise. Por isso, não utilizaremos o COSO II neste trabalho.

Algumas características de cada componente do “COSO I” serão abordadas para complementar a avaliação dos integrantes do sistema de controle em estudo. Não se pretende utilizar todas as características dos componentes³² da metodologia, mas sim receber os insumos da Análise SWOT (capítulo 2) e classificar os pontos fracos e ameaças identificadas nos respectivos componentes do COSO I, quando aplicável. Desta forma podemos avaliar os controles internos do sistema estabelecido para garantir a correta aplicação dos repasses fundo a fundo.

Nesta análise, o termo “integrante do sistema” passa a designar os Conselhos de Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria, a CGU e o TCU e o termo “componente” é utilizado para se referir às partes do COSO I.

³⁰ American Accounting Association, American Institute of Certified Public Accountants, Financial Executive International, Institute of Management Accountants, The Institute of Internal Auditors.

³¹ Para o COSO, controles internos são um processo operado pelo Conselho de Administração, pela administração e outras pessoas, desenhado para fornecer segurança razoável quanto ao atingimento dos objetivos de: confiabilidade das informações financeiras; conformidade com leis e regulamentos; e eficácia e eficiência das operações.

³² Os componentes do COSO I são: ambiente de controle (estabelece o tom da organização, influenciando a percepção de controle de seu pessoal); avaliação de risco (os riscos de origem interna e externa devem ser avaliados, tanto no nível da empresa quanto de atividade); atividades de controle (as políticas e procedimentos devem assegurar que as diretrizes da administração serão seguidas); informação e comunicação (as informações pertinentes devem ser identificadas, coletadas e informadas na forma e nos prazos adequados, de forma a dar suporte aos outros componentes de controle); e monitoração (os sistemas de controles internos devem ser monitorados por meio de um processo que avalie a qualidade do desempenho do sistema ao longo do tempo) (BERGAMINI JÚNIOR, 2005).

Desta maneira, o componente “Ambiente de Controle” de cada integrante do sistema será analisado por meio da qualidade e da independência das instâncias de governança e das ações de capacitação. O componente “Análise de Risco” será analisado com base na existência de ações que visam mapear os riscos existentes e planejar as respectivas reações. As atividades de controle mostrarão as ações efetivamente tomadas pelos integrantes a fim de que os recursos sejam bem aplicados. O princípio da segregação de funções também estará incluído neste item. O componente “Informação e Comunicação” buscará medir a forma pela qual cada integrante realiza o fluxo das informações de controle para a população e para os outros integrantes. Finalmente, o componente “Monitoramento” procurará avaliar como as ações de cada integrante são acompanhadas por outro integrante (no caso a CGU e o TCU) ou por um agente externo, a fim de que os desvios de rota sejam minimizados.

3.1 Ambiente de controle

O sistema de controle apresenta deficiências neste componente no que se refere à independência/autonomia dos conselhos de saúde e dos componentes municipais e estaduais do SNA em relação ao gestor da saúde. O fato de grande parte dos conselhos não dispor de dotação orçamentária própria para seu funcionamento, de o presidente do conselho (em muitos casos) ser nomeado pelo secretário de saúde (se não for o próprio), da utilização da legislação para diminuir a autonomia dos conselhos e da maioria dos componentes municipais do SNA não estarem estruturados mostra a falta de comprometimento dos gestores em instituir um ambiente de controle adequado. A própria postura de submissão da população com relação aos governantes dificulta a criação de um ambiente propício ao controle social, consequentemente, à formação de um bom ambiente de controle.

Outros fatores apontados pelas análises SWOT demonstram que o ambiente de controle deste sistema, principalmente no que se refere aos conselhos de saúde, necessita de aperfeiçoamentos. A existência de tensões entre os segmentos, a legitimidade questionável dos conselheiros, o excessivo número de conselheiros pertencentes ao governo, a falta de um programa de capacitação, a falta de planejamento das ações de atenção básica, a não obediência à paridade dos segmentos e a falta de organização administrativa e estrutura adequadas são problemas que devem ser equacionados a fim de que o ambiente de controle do sistema possa se fortalecer.

A situação dos componentes do SNA contribui para piorar o ambiente de controle do sistema. A força de trabalho insuficiente, a posição inadequada dos componentes na estrutura da gestão da saúde do ente federado, determinada pela falta de priorização das atividades de auditoria pelos gestores da saúde, a média de idade elevada dos auditores do DENASUS, o baixo grau de institucionalização dos componentes estaduais e o baixíssimo nível de implantação dos componentes municipais do SNA são fatores a serem considerados e solucionados a fim de se obter a melhoria do ambiente de controle do sistema.

Desta forma, a fim de se aperfeiçoar este componente, deve-se proporcionar dotação orçamentária e autonomia para os conselhos de saúde, abrangendo uma melhor capacitação dos conselheiros. Além disso, deve-se buscar incessantemente a estruturação dos componentes do SNA nas três esferas de governo, no intuito de se garantir um bom ambiente de controle no sistema analisado.

3.2 Análise de Risco

Na pesquisa realizada com os conselhos, detectou-se que vários já realizam análise de risco, buscando identificar os problemas a serem atacados. Todavia, tal prática ainda não se encontra generalizada, sendo que poucos adotam modernas técnicas de gestão que levem em consideração a análise de risco. O próprio DENASUS encontra dificuldades para realizar tal atividade, pois o excesso de demandas externas absorve praticamente toda sua força de trabalho. Em 2008, das 746 atividades de controle realizadas pelo órgão, apenas 156 (21%) tiveram origem no planejamento do próprio DENASUS. A redução progressiva na quantidade de recursos humanos do DENASUS e a ausência de carreiras e concursos para fortalecer a área contribuem para a manutenção da situação.

A falta de recursos humanos também é um problema na CGU e no TCU. Tal fato, aliado ao complexo arranjo federativo brasileiro que contém 5.564 municípios e 27 estados, obriga a mudança de foco das ações de auditoria. O TCU está buscando melhorar seu foco de atuação com a elaboração de um instrumento inteligente para detectar as situações onde deve atuar. Tal instrumento poderia ser compartilhado com os demais integrantes a fim de melhorar o componente “análise de risco”.

3.3 Atividades de Controle

As leis orgânicas da saúde, as diversas portarias do MS e as resoluções do CNS trazem o arcabouço jurídico necessário para o bom funcionamento do sistema de controle. Todavia, o descumprimento sistemático da legislação, exemplificado pelo grande número de municípios onde o secretário de saúde não gerencia os recursos do Fundo Municipal de Saúde, e o não cumprimento do princípio da segregação de funções, devido à falta de autonomia já analisada no item 3.1, afetam diretamente o componente em análise.

Os conselhos de saúde apresentam uma baixa taxa de fiscalização das AIH e APAC, que consiste numa importante atividade de controle do sistema. Normalmente, os conselhos deixam tal tarefa para os componentes do SNA, que possuem dificuldade para transportar suas equipes até os municípios a serem auditados (caso dos componentes federal e estadual). Além disso, a dificuldade de acesso às informações também prejudica o componente atividade de controle.

Desta forma, providências são necessárias para que a lei seja cumprida e o princípio da segregação de funções seja respeitado, tanto nos conselhos de saúde, como nos componentes do SNA. Além disso, há necessidade de conscientizar os conselheiros da importância do papel fiscalizador dos CS e de possibilitar aos auditores da saúde melhores condições para realizarem seu trabalho.

3.4 Informação e Comunicação

Tal componente é influenciado pela forma como os integrantes realizam a comunicação entre si e publicizam suas ações para a população. No primeiro caso, é notável a iniciativa da implantação da rede de controle nos diversos estados, a fim de diminuir os vazios de controle e o retrabalho. Além disso, as parcerias pontuais entre o DENASUS e a CGU também são dignas de nota. Todavia, muito ainda há de ser feito para que haja uma atuação verdadeiramente conjunta entre todos os integrantes.

Quanto à divulgação das ações à população, os conselhos estão progredindo, mas ainda há uma parcela considerável dos mesmos que não comunica suas ações à população e não abre canais de comunicação para recebimento de denúncias e sugestões. O DENASUS possui até mesmo a Portaria n 28, de 19 de julho de 2005, que “determina a disponibilização ao público dos resultados finais e decisões proferidas nas auditorias realizadas pelo DENASUS” (BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS, 2005). Todavia, tais relatórios não se encontram disponíveis na Internet. Os relatórios da CGU e do TCU podem ser acessados pela população, nos respectivos sítios.

Outro problema referente à comunicação e à informação reside na dificuldade que os conselhos e os componentes do SNA possuem em ter acesso às informações da saúde. A própria CGU relatou a dificuldade de se analisar relatórios de gestão que não apresentam a mínima padronização e, desta forma, não ajudam no rastreamento da aplicação dos recursos repassados fundo a fundo.

3.5 Monitoramento

A CGU, como órgão central do sistema de controle interno do Poder Executivo Federal, e o TCU, como auxiliar do Congresso Nacional no exercício do controle externo, vêm se preocupando em fortalecer o sistema de controle dos repasses fundo a fundo, dos quais também fazem parte, devido à dificuldade de fiscalizar tais transferências da forma tradicional. A prestação de contas via relatório de gestão, muitas vezes sem as informações necessárias, aliada à dificuldade de obter a documentação necessária e à escassez de recursos humanos para fiscalizar o universo dos repasses obriga a uma mudança na forma de monitorá-los.

Entretanto, percebe-se que tanto a CGU como o TCU estão preocupados com a melhoria deste componente. A CGU está retomando o acompanhamento sistemático dos repasses, em conjunto com o sistema de sorteios. O TCU está elaborando projetos para uma melhor focalização de sua atuação, tendo em vista que o foco tradicional de atuação não está conseguindo obter bons resultados. A Rede de Controle que está sendo implantada nos diversos estados visando à integração dos diversos órgãos de controle, à redução do retrabalho e à troca de informações também fortalecerá o componente monitoramento.

Conclusão

A modalidade de transferência de recursos fundo a fundo constitui, hoje, na principal forma que o Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, transfere recursos para a assistência à saúde nos estados e municípios, seja para a atenção básica, seja para os procedimentos de média e alta complexidade. O próprio processo de construção do SUS, de forma descentralizada, buscando delegar ao ente “município” a responsabilidade pela gestão das ações e serviços de saúde, justificou o surgimento desta modalidade, em oposição ao modelo convencional e ao modelo de pagamento por produção. Tais formas de transferências de recursos não seriam adequadas devido à falta de agilidade e a burocracia excessiva e pelo incentivo à concentração dos recursos nos locais onde tradicionalmente está centralizada a oferta de serviços, política contrária à regionalização e à descentralização, diretrizes fundamentais do SUS.

Todavia, com o surgimento dessa modalidade, cuja prestação de contas da aplicação dos recursos passa a ocorrer por meio de relatórios de gestão, surgiu a necessidade de se estabelecer um sistema de controle, composto por diversos integrantes, que buscasse garantir a boa e regular aplicação de tais recursos. Isto porque os mecanismos de faturamento existentes nos sistemas informatizados são insuficientes para tal. Também não se pode partir da premissa de que os gestores estão sempre bem intencionados.

O sistema de controle é composto pelos conselhos de saúde, pelos componentes do SNA e pelos órgãos de controle interno e externo, dos quais foram selecionados a CGU e o TCU para compor esta análise, por serem os guardiões dos recursos federais. Para avaliar a atuação destes integrantes quanto à eficácia foram utilizadas a análise SWOT e os cinco componentes do COSO I.

O primeiro nível de controle é representado pelos conselhos de saúde, presentes em todos os municípios, mas com nível diferenciado de atuação. Os principais problemas, apontados na pesquisa realizada e no cadastro do sítio do CNS, referem-se à falta de autonomia em relação ao gestor da saúde, à capacitação dos conselheiros e à falta de comunicação com a sociedade. Muitos já adotam técnicas modernas de administração e análise de risco, mas muito ainda deve ser feito para que os conselhos cumpram seu papel de fiscalizador dos recursos fundo a fundo, que a legislação lhe confere.

O componente federal do SNA, o DENASUS, está conseguindo planejar suas ações, mas tem a maior parcela de sua força de trabalho alocada em demandas de órgãos externos.

Além disso, a média de idade avançada e o reduzido quantitativo de seus auditores são ameaças reais a sua atuação, assim como sua posição subalterna no organograma do Ministério da Saúde, contrariando as boas práticas mundiais para a posição da auditoria interna. Tal fraqueza também está presente nos componentes estaduais, conforme demonstrado pela pesquisa realizada, a qual demonstrou a preocupante situação da implantação dos componentes municipais, ausentes em mais de 80% dos municípios do país. Grande parte deste segundo nível do controle, desta forma, não está cumprindo seu papel, simplesmente por não existir.

Os órgãos responsáveis pelos monitoramentos dos programas federais e pela boa aplicação dos recursos federais, CGU e TCU respectivamente, estão buscando melhorar seu foco de atuação no controle dos repasses, tendo em vista que as ações de auditoria isoladas não conseguem estar em mais de 5580 entes federados simultaneamente. Desta forma a CGU está adotando um acompanhamento sistemático dos programas da atenção básica e da assistência hospitalar de média e alta complexidade e o TCU buscando novos mecanismos de seleção inteligente de pontos chave a serem auditados.

A comunicação e a parceria entre os diversos integrantes, por meio das redes de controle, parece ser o caminho mais indicado para melhorar a eficácia do sistema, que ainda apresenta muitos problemas e deficiências em sua atuação, conforme demonstrado neste trabalho. A eliminação do retrabalho e dos vácuos de controle conseguida com a integração dos órgãos permitirão uma atuação mais inteligente na fiscalização da aplicação dos repasses fundo a fundo na área da saúde, beneficiando assim, a grande maioria da população brasileira, usuária do SUS.

Referências

BALBE, Ronald. Uma longa história de corrupção: dos anões às sanguessugas. Revista da CGU. Brasília: CGU, ano 1, n.1, dez, 2006.

BARROS, Marcelo. Auditoria de desempenho governamental e o papel de Entidades Fiscalizadoras Superiores (EFS). Revista do Serviço Público, Brasília, ano 53, n.2, abr-jun. 2002.

BERGAMINI JÚNIOR, Sebastião. Controles Internos como Instrumento de Governança Corporativa. Revista do BNDES, Rio de Janeiro, v. 12, n. 24, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1988.

BRASIL. Decreto nº 5.974, 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. Brasília, 2006.

____. Decreto 5.841, de 13 de julho 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. Brasília, 2006.

____. Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2003.

____. Decreto nº 3.496, de 1º de junho de 2000. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2000.

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

____.Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, 1994.

____. 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. Brasília, 1993.

____.Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

____.Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Controladoria Geral da União. Gestão de Recursos Federais: manual para os agentes municipais. Brasília, 2005.

____.Portaria n.º 1.923, de 28 de setembro de 2009. Define regras para o trigésimo sorteio das unidades municipais dentre os municípios brasileiros com população de até 500.000 habitantes, exceto capitais. Brasília, 2009.

____. Portaria n.º 68, de 24 de março de 2004. Define regras para o oitavo sorteio das unidades municipais. Brasília, 2004.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Diagnóstico Saúde. Boletim de Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise, Brasília, v.13, 2007.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. Instrução Normativa n.º 1, de 15 de janeiro de 1997. Disciplina a celebração de convênios de natureza financeira que tenham por objeto a execução de projetos ou realização de eventos e dá outras providências. Brasília, 1997.

____. Sistema Integrado de Administração Financeira. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria Federal de Controle Interno. Instrução Normativa n.º 1, de 6 de abril de 2001. Define diretrizes, princípios, conceitos e aprova normas técnicas para a atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios. 3ª Edição. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2009. Disponível em: <<http://formsus.datasus.gov.br/cns/>>. Acesso em: 20 ago. 2009.

____. Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. v.4, Brasília, 2006.

____. Portaria GM/MS n.º 2.123, de 29 de agosto de 2007. Institui a Comissão Corregedora Tripartite no âmbito do Sistema Nacional de Auditoria – SNA. Brasília, 2007.

____. Portaria GM/MS n.º 91, de 16 de janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. Brasília, 2007.

____. Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

____. Portaria GM/MS n.º 1.069, de 20 de agosto de 1999. Dispõe sobre proposta de reorganização das atividades de controle e avaliação e de auditoria no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília, 1999.

____. Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Brasília, 1996.

____. Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS. Brasília, 1993.

____. Produtos e Serviços: Cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS. 1ª edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

____. SUS Descentralização. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. DENASUS. Instrução Normativa nº 1, de 20 de dezembro de 2004. Estabelece a descentralização, os instrumentos e o fluxo dos encaminhamentos dos relatórios das ações de auditoria e fiscalização. Brasília, 2004.

____. Portaria nº 28, de 19 de julho de 2005. Determina a disponibilização ao público dos resultados finais e decisões proferidas nas auditorias realizadas pelo DENASUS. Brasília, 2005.

____. Relatório de Gestão. Brasília, 2008.

____. Relatório de Gestão. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Disponível em <http://www.fns.saude.gov.br>. Acesso em: 7 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portal da Saúde. Média e Alta Complexidade. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>. Acesso em: 7 jul. 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Acórdão nº 402/2009 - Plenário. Verificação da efetividade na aplicação de recursos federais em ações assistenciais e de saúde aos povos indígenas nos distritos sanitários especiais indígenas. Brasília, 2009.

____. Acórdão nº 726/2005 – Plenário. Funcionamento do SUS. Verificação da implementação das recomendações e determinações do TCU. Brasília, 2005.

____. Acórdão nº 1843/2003 – Plenário. Constatação de diversas falhas relativas à atuação dos órgãos e entidades responsáveis pela formulação de políticas e pela prestação dos serviços de saúde. Brasília, 2003.

____. Decisão nº 449/98—Plenário. Informação a respeito da transferência de recursos do SUS aos municípios ante a não consignação no orçamento do INAMPS, de 1991, da respectiva dotação orçamentária. Brasília, 1998.

____. Decisão nº 506/97 – Plenário. Entendimento firmado pelo Tribunal de que os recursos repassados pelo SUS aos Estados, DF e Municípios constituem recursos federais, estando sujeitos à fiscalização do TCU. Brasília, 1997.

____. Decisão nº 576/93 – Plenário. Análise minuciosa sobre as irregularidades constatadas em grande parte da rede de saúde do país e a fragilidade dos controles existentes, possibilitando fraude e o combalimento dos recursos no atendimento da população. Brasília, 1993.

____. 2003. Portaria nº 252, de 1º de dezembro de 2003. Aprova a nova versão da técnica de auditoria "Análise SWOT e Verificação de Risco" . Brasília, 2003.

CARVALHO, Guido; SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90 e 8142/90). Campinas: Unicamp, 2001.

COHN, Amélia. Cidadania e formas de responsabilização do Poder Público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. 1ª Edição. Brasília, v.9, 2007.

____. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. 1ª edição. Brasília, v.8, 2007.

____. O Financiamento da Saúde. Coleção Progestores - Para entender a gestão do SUS. 1ª edição. Brasília, v.3, 2007.

CORREIA, Valéria. Desafios para o Controle Social: Subsídios para Capacitação de Conselheiros de Saúde. 1ª edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

____. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DAIN, Sulamis. Do direito social à mercadoria. Tese apresentada para concurso de professor titular do Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 2000.

DOMINGUES, Bruno. Controle Social: a Gestão Autoritária cede espaço, pouco a pouco, à práxis democrática. Revista Radis: comunicação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 53, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Participanet SUS - Síntese Gráfica - Conselhos Municipais de Saúde. 2009. Disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/index.php?option=com_content&task=view&id=57&Itemid=66>. Acesso em: 22 out. 2009.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ. Pará - Governo Popular. Ações do Governo. Programa Saúde da Família e atenção básica nos municípios. 2009. Disponível em <http://www.pa.gov.br/projetos.asp?id_project=39&id_top_projeto=78&id_mc=12>. Acesso em: 10 jul. 2009.

MAGALHÃES, Fernando. Federalismo e o controle pelo TCU das transferências fundo a fundo: o caso do SUS. Brasília, 2006.

MELO, Marilene. O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho. Tese de Doutorado em Ciências na área da saúde pública. Rio de Janeiro, 2007.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Ministério Público - RS - Direitos Humanos. 1997. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/dirhum/doutrina/id240.htm>>. Acesso em: 9 jul. 2009.

OLIVIERI, Cecília. Política e Burocracia no Brasil: o controle sobre a execução das políticas públicas. Tese de Doutorado. São Paulo: Escola de Administração de Empresas de São Paulo - Fundação Getúlio Vargas, 2008.

SANTOS, Joseney. Situação do Componente Estadual do Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Projeto Aplicativo do Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde. São Paulo: Fundação Dom Cabral e Ministério da Saúde, 2009.

SCHEDLER, Andréas. Conceptualizing accountability. In. Andreas Schedler, Larry Diamond, Marc F. Plattner. The self-Restraining State. Power and Accountability in new democracies. Boulder and London, Lynne Rienner Publishers, 1999.

SENADO FEDERAL. Diário do Senado Federal. Brasília, 10 mar. 2006.

SOUZA, Renilson. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

VARGAS, João. Cartas. Revista Radis: comunicação em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, v.34, 2005.

VIANA, Ana Luiza et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2002.

WAGNER, Gastão. Efeitos Paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil: Democracia, Descentralização e Desenvolvimento - Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

ZELENOVSKY, Maria. O Tribunal de Contas da União e os Conselhos de Saúde: possibilidades de cooperação nas ações de controle. Brasília, 2006.

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE

A fim de se coletar informações a respeito da estrutura, do funcionamento e da atuação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo na área da saúde foi elaborado um questionário composto por 28 perguntas e optou-se por utilizar a ferramenta Google Docs para enviá-lo aos mais de 5.500 conselhos municipais. Tal fato foi possível devido à disponibilização, no sítio do Conselho Nacional de Saúde, da relação de endereços eletrônicos de todos os conselhos.

Infelizmente, a taxa de resposta foi extremamente baixa (3,15%), tendo em vista que somente 175 CMS responderam a pesquisa. Por isso, não foi possível extrapolar para todo o universo as conclusões obtidas, ou seja, não se pode afirmar que tais fatos ocorram na população na mesma proporção que ocorreu na amostra obtida. Todavia, o fato dos conselhos respondentes apontarem problemas graves pode e deve ser levado em consideração como pontos fracos e ameaças a serem combatidas.

Segue abaixo o questionário que foi encaminhado aos CMS:

Pesquisa sobre a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde na fiscalização dos recursos federais repassados na modalidade fundo a fundo.

Questionário para o Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Prezado Senhor Conselheiro,

Meu nome é Eduardo Fávero, sou aluno de pós-graduação, em nível de especialização, em Auditoria Interna e Controle Governamental, curso promovido pelo Instituto Serzedello Corrêa (unidade de ensino do Tribunal de Contas da União), em parceria com o CEFOR (Centro de Formação da Câmara dos Deputados) e escolas de ensino da AGU e CGU. No momento, estou fazendo uma monografia a respeito da atuação dos controles dos repasses fundo a fundo na área da saúde e os Conselhos de Saúde constituem um componente fundamental neste processo.

Por isso, venho pedir a sua ajuda na elaboração deste trabalho. Basta que o senhor responda as perguntas abaixo, acessando o link <http://spreadsheets.google.com/viewform?hl=en&formkey=dDJsanoakt6d0ZYanp5QkExbGZQS2c6MA>, no seu navegador de Internet ATÉ O DIA 28 DE AGOSTO DE 2009.

Este email está sendo enviado a todos os Conselhos de Saúde do país, segundo os dados cadastrados no sítio do Conselho Nacional de Saúde. Comprometo-me desde já a enviar o resultado da pesquisa e a monografia a todos que colaborarem com a mesma.

Quaisquer dúvidas podem ser tiradas pelo email edufavero@yahoo.com ou pelos telefones (61)3316-7379 ou (61)7814-4039.

Caso o senhor esteja muito ocupado, pode delegar o preenchimento do questionário a outro conselheiro de saúde. Agradeço por sua atenção, Grande abraço e obrigado!

Eduardo Fávero
Aluno de Pós-Graduação

* Required

Qual o nome do seu município? _____*

Unidade da Federação: _____

O Conselho de Saúde do Município está implantado?

- Sim
- Não

Qual documento formalizou a criação do Conselho de Saúde do Município? Other = outro

- Lei Municipal
- Decreto
- Portaria
- Nenhum
- Other:

O Conselho de Saúde possui Regimento Interno próprio, publicado?

- Sim
- Não

Qual a porcentagem dos membros do Conselho de Saúde que pertencem à Secretaria Municipal de Saúde? Segmento Gestor

- Mais de 75%
- De 50 a 75%
- De 25 a 49%
- De 10 a 25%
- Menos de 10%

Qual a porcentagem dos membros do Conselho de Saúde que pertencem ao segmento dos usuários? Entidades ligadas aos usuários de saúde

- Mais de 75%
- De 50 a 75%
- De 25 a 49%
- De 10 a 25%
- Menos de 10%

O Presidente do Conselho Municipal de Saúde pertence a qual segmento? Representação

- Governo
- Entidades dos trabalhadores de saúde
- Entidades dos prestadores de serviços de saúde
- Entidades dos usuários de serviços de saúde

Marque na escala abaixo o nível de influência que o prefeito exerce nas deliberações do Conselho de Saúde. 0 = nenhuma influência; 5 = todas as deliberações são tomadas de acordo com a vontade do prefeito

0 1 2 3 4 5

Nenhuma influência								Influência máxima
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	-------------------

Caso tenha marcado 1,2,3,4 ou 5 na questão anterior, especifique o tipo de influência sofrida pelo Conselho.

Marque na escala abaixo o nível de liberdade nas eleições para presidente do Conselho de Saúde. 0=não há eleições, o presidente é escolhido pelo Prefeito ou Secretário de Saúde; 5=0 presidente é eleito por livre escolha dos membros do Conselho

	0	1	2	3	4	5	
Não há eleições							Eleições livres

Caso tenha marcado 1,2,3 ou 4 na questão anterior, especifique as restrições existentes para a livre escolha do Presidente do Conselho por parte de seus membros. Legislação Municipal, Determinação velada, etc.

O Conselho de Saúde possui dotação orçamentária própria? Se possuir, o CMS não dependerá financeiramente da Secretaria de Saúde.

- Sim
- Não

Onde o Conselho de Saúde funciona? Other = outro

- Em prédio ou casa de propriedade do próprio Conselho
- Em prédio ou casa alugada pelo próprio Conselho
- Em dependências cedidas pela Secretaria de Saúde
- Other: _____

Qual a quantidade de cursos de capacitação oferecida aos conselheiros neste ano? Somente considere aqueles que qualquer conselheiro poderia frequentar.

- 0
- 1
- 2 ou 3
- 4 ou mais

Qual o assunto dos cursos de capacitação realizados? Pode marcar mais de uma opção. Other = outro

- Finanças
- Programas de Saúde
- Legislação do SUS
- Other: _____

Qual a porcentagem dos membros do Conselho que tem formação na área da saúde?

- Menos de 25%
- De 26 a 50%
- De 51 a 75%
- Mais de 75%

De que forma o Conselho de Saúde fiscaliza a movimentação dos recursos da saúde? Other = outro. Pode marcar mais de uma opção.

- Analisando a prestação de contas do prefeito
- Analisando se as equipes de saúde da família estão formadas e operando.
- Checando se os procedimentos de média complexidade foram mesmo realizados
- Checando se os procedimentos de alta complexidade foram mesmo realizados
- Conferindo se as denúncias recebidas de mau uso de recursos da saúde são procedentes
- Conferindo se as ações na área de saúde estão de acordo com o Plano Municipal de Saúde
- Verificando as condições de trabalho do pessoal das Unidades de Saúde do Município

- Checando as condições de material das Unidades de Saúde do Município
- O Conselho de Saúde não fiscaliza a movimentação dos recursos da saúde
- Other: _____

Na escala abaixo, escolha o nível de influência do Conselho de Saúde nas decisões do Prefeito/Secretário de Saúde sobre como aplicar os recursos da saúde. CMS = Conselho Municipal de Saúde

	0	1	2	3	4	5	
Nenhuma influência							O CMS influi diretamente em todas as decisões

De que forma o Conselho de Saúde apura as denúncias recebidas de mau uso de recursos da saúde? Other= Outro. SNA = Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Pode marcar mais de uma opção.

- Encaminha o fato à Auditoria Interna (ou Componente Municipal do SNA) da Secretaria de Saúde
- Encaminha o fato à Câmara de Vereadores, se forem recursos municipais
- Encaminha o fato ao Tribunal de Contas do Estado (ou dos Municípios), se forem recursos estaduais
- Encaminha o fato à Controladoria Geral da União, se forem recursos federais
- Encaminha o fato ao Tribunal de Contas da União, se forem recursos federais
- Encaminha o fato ao Ministério Público (estadual ou federal)
- Monta uma comissão para apurar a denúncia
- O Conselho não recebe denúncias de mau uso de recursos da saúde
- Other: _____

O Conselho fiscaliza se a Secretaria Municipal de Saúde faz o acompanhamento das AIH e APAC informadas pelos prestadores de serviço? Quando uma pessoa do município é submetida a uma internação ou a um procedimento de alta complexidade, a Secretaria Municipal de Saúde deve checar se as AIH e APAC informadas conferem com a realidade.

- Sim
- Não

De que forma o Conselho de Saúde verifica a aplicação de recursos da Estratégia Saúde da Família SF = Saúde da Família. Other = outro

- Verificam se os recursos recebidos do PAB variável estão de acordo com o número de equipes operantes no município
- Verificam se os profissionais de saúde da SF cumprem a carga horária estabelecida
- Verificam se as equipes do SF atendem à quantidade de famílias estabelecidas em sua área de cobertura
- O Conselho de Saúde não realiza nenhuma fiscalização no SF
- Other: _____

Com que periodicidade os membros do Conselho de Saúde visitam os Postos e Unidades Básicas de Saúde do município? Caso a periodicidade seja muito variável, marque a opção "Other" e comente. Other = outro

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Bimestralmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Nunca

- Other:

A prestação de contas do Fundo de Saúde que é encaminhada para apreciação dos membros do Conselho

- Contém dados detalhados da aplicação dos recursos
- Contém dados agregados da aplicação dos recursos
- Não é realizada

De que forma o Conselho de Saúde atua para aperfeiçoar o processo de alocação dos recursos da saúde? Other = outro

- Atuando na elaboração do Plano de Saúde, por meio do estabelecimento de metas a serem cumpridas
- Atuando na elaboração do Plano de Saúde, por meio do estabelecimento de indicadores
- Apontando riscos existentes e formas de se antecipar aos problemas (análise de risco)
- Encaminhando sugestões de melhoria ao Secretário de Saúde/Prefeito
- Acompanhando a evolução dos indicadores estabelecidos
- Other: _____

Quantas consultas o Conselho respondeu, em 2009, sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde? A população do município pode encaminhar dúvidas sobre ações e serviços de saúde ao Conselho

- Nenhuma
- De 1 a 5
- De 6 a 20
- De 21 a 50
- De 51 a 100
- Mais de 100

Quais os mecanismos que o CS dispõe para mostrar sua atuação à população? Other = outro. CS = Conselho de Saúde.

- Quadro de Avisos de acesso público
- Jornal local
- Rádio
- TV
- Panfletos
- Não há comunicação das ações do Conselho à população
- Other: _____

Quais os mecanismos que o CS dispõe para receber sugestões e reclamações? Other = outro. CS = Conselho de Saúde

- Telefone (amplamente divulgado)
- Endereço (amplamente divulgado)
- Email
- Sítio na Internet
- Recepcionista (balcão)
- O CS não recebe sugestões e reclamações da população.
- Other: _____

APÊNDICE B

ENTREVISTAS REALIZADAS

A fim de se coletar informações a respeito da estrutura, do funcionamento e da atuação dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo na área da saúde, assim como a atuação da CGU e do TCU nessa questão foram realizadas entrevistas estruturadas com auditores do DENASUS, analistas da CGU e auditores do TCU, cujas perguntas estão reproduzidas a seguir:

I - Entrevista com auditores do DENASUS

- 1) Qual a sistemática adotada pelo DENASUS para fiscalizar a aplicação dos repasses fundo a fundo efetuados pelo Fundo Nacional da Saúde a Estados e Municípios?
- 2) Quais as principais dificuldades encontradas pela DENASUS nesse labor?
- 3) Quais os principais pontos fracos que o DENASUS detecta nos controles internos estabelecidos pelos gestores locais para assegurar a boa aplicação dos recursos?
- 4) Como o DENASUS avalia a atuação dos componentes estaduais do SNA? Quais os principais problemas existentes nesses componentes? Quais os pontos fortes e fracos?
- 5) Como o DENASUS avalia a atuação dos componentes municipais do SNA? Quais os principais problemas existentes nesses componentes? Quais os pontos fortes e fracos?
- 6) Como o DENASUS avalia a atuação dos conselhos de saúde estaduais e municipais na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo? Quais os pontos fortes e fracos?

II - Entrevista com analistas da CGU

- 1) Qual a sistemática adotada pela CGU para fiscalizar a aplicação dos repasses fundo a fundo efetuados pelo Fundo Nacional da Saúde a Estados e Municípios?
- 2) Quais as principais dificuldades encontradas pela CGU nesse labor?
- 3) Quais os principais pontos fracos que a CGU detecta nos controles internos estabelecidos pelos gestores locais para assegurar a boa aplicação dos recursos?
- 4) Como a CGU avalia a atuação dos conselhos de saúde estaduais e municipais na fiscalização dos recursos repassados fundo a fundo?
- 5) Como a CGU avalia a atuação do próprio FNS e do MS, via DENASUS, na fiscalização dos recursos?

III- Entrevista com auditores do TCU

- 1) Em que exatamente consiste a iniciativa da 4ª Secex de elaborar uma metodologia de controle de repasses fundo a fundo?
- 2) Quais as principais vantagens da implantação da rede de controle no caso dos repasses fundo a fundo na área da saúde?