

POR UM CONTROLE PÚBLICO INTEGRADO para o Sistema Único de Saúde - SUS¹

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; gestão; controle externo.

¹ Artigo coordenado por Sergio Wilson Sefer Nóbrega, inserido na linha de pesquisa "Sistema de Saúde", desenvolvida no âmbito da Escola de Contas e Gestão - ECG, do Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro - TCE-RJ. Apoio metodológico de Renata de Oliveira Razuk e Maurício Martins do Carmo.

Cinira Eugênia Rocha de Assis
Ely Alves Pinheiro
Gerson Neves Nascimento
Sergio Wilson Sefer Nobrega

RESUMO: O artigo faz breve análise do Sistema Único de Saúde (SUS) e os mecanismos de controle de sua gestão - particularmente, no que se refere ao controle externo, aquele exercido pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro.



INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Carta Magna, embute valores sociais de alta relevância para a consciência coletiva da nação. Seus preceitos basilares, fundamentados na bioética e no biodireito, consagram os princípios da autonomia da pessoa humana, da beneficência e da justiça. Configurando outro aspecto de suma importância, relacionado à organização política nacional, o SUS representa um programa de ação do Estado brasileiro (art. 200 da CRFB/88), que está legalmente instituído (Lei 8.080/90) em estrita observância ao pacto federativo², que integra a república desde a sua proclamação. Resulta daí seu modelo político-administrativo descentralizado, que envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidade, poder e recursos, da União para Estados e Municípios

Assim, o modelo de organização do SUS definido na legislação prevê funções concorrentes e ações articuladas dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), coerentes com o modelo federativo estabelecido, configurando, segundo Campos (mimeo), um típico sistema de relações intergovernamentais que ultrapassa a clássica concepção unitarista do Estado. Nessa nova e complexa realidade, surge o conflito³, o jogo político e as relações de intercâmbio apontadas por Agranoff (1992: 181) "na tentativa de superação das análises tradicionais acerca dos sistemas unitários e federais".

Em uma perspectiva republicana e federativa, a consolidação de uma política com tal amplitude, consubstanciada em relações intergovernamentais (RIGs)⁴, requer atuação coordenada entre os níveis de governo com vistas a superar indesejável compartimentalização⁵, possível de ocorrer no modelo de federação, permitindo a continuidade de sua implantação paulatina. A avaliação permanente de seus processos e resultados é de fundamental importância - por seu caráter educativo e corretivo - para que essa consolidação ocorra associada com contínua melhoria de desempenho. Além disso, a natureza pública do SUS recomenda que lhe seja instituído efetivo sistema de controle.

Este artigo pretende apresentar o SUS em sua abrangência, como uma política pública implantada há uma década e meia pelo Estado brasileiro, e demonstrar quais são os métodos empregados e os órgãos responsáveis pelos seus controles públicos.

2 São gestores do SUS nas respectivas esferas da federação os secretários municipais e estaduais de saúde e o Ministro da Saúde, representando os governos municipais, estaduais e federal. Esse modelo de gestão prevê, ainda, a participação de instâncias colegiadas representadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), de âmbito nacional, regulando as relações entre os gestores da União, dos Estados e dos Municípios e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), localizadas nos estados, com funções de regulamentar as relações entre cada gestor estadual com os gestores municipais de seu Estado.

3 Conceito de Pasquino (1995).

4 Conceito de Wright (1997).

5 Para Abrucio (2006), o federalismo compartimentalizado é incapaz de perceber que só a sinergia entre os níveis de governo pode resolver os dilemas básicos das políticas públicas brasileiras.

ORIGEM E EVOLUÇÃO DO SUS

Sessenta e sete anos separam a primeira intervenção pública brasileira na assistência à saúde e a criação do SUS. Esse é o decurso de tempo entre a Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, e a Lei Orgânica da Saúde, que entrou em vigor em 1990.

No primeiro diploma se estabeleceram parâmetros regulatórios para as aposentadorias, pensões e assistência médica. A partir de então, a assistência médica em nosso país esteve sempre ligada à previdência social, passando pelas caixas de benefícios e pensões e pelos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs), até chegar ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. No ano seguinte, a Constituição Federal de 1967 garantiu o direito à assistência médica vinculado ao emprego.

Em 1975, a Lei 6.229 criou o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que abriu para todos, independentemente de vínculo empregatício, as portas dos serviços de emergência do INPS. Este fato consistiu no primeiro passo para a universalização dos serviços de saúde e representou uma evolução no direito do cidadão.

Em 1977, pela Lei 6.439, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) sucedeu ao INPS, separando suas funções em três institutos (IAPAS, INPS, INAMPS). Ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) coube a responsabilidade de garantir serviços de assistência à saúde para o trabalhador, segurado da previdência social, não havendo nessa época sistema que garantisse a saúde de toda a população.

Em 1980, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) esbo-



O Capítulo II da Ordem Social da Constituição Federal de 1988 (...) que assegura direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, abordados cada um em seções distintas do mesmo capítulo.

çou uma política nacional de saúde que dava ênfase à assistência primária (básica) e à maior utilização da rede pública de serviços, então subutilizada. Essa e outras propostas similares subsidiaram discussões no âmbito do movimento da reforma sanitária na década de 1980, que as levou posteriormente à Assembléia Nacional Constituinte, resultando na criação do SUS, prescrito no artigo 198 da CRFB/88.

O Capítulo II da Ordem Social da Constituição

6 Os Conselhos de Saúde Municipais, Estaduais e Nacional integram a estrutura de gestão do SUS, com caráter deliberativo, e exercem o controle social do sistema.



CARACTERÍSTICAS DO SUS

Pela garantia do acesso de todos os indivíduos às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde e pelo atendimento integral, de acordo com as necessidades clínicas de cada paciente, o SUS é considerado uma política generosa e inclusiva da totalidade da população brasileira. Sua principal ousadia se resume na busca dessa universalização do atendimento integral à saúde em todo o país, de forma gratuita. Tal pretensão ambiciosa e inédita no mundo atual tem enfrentado inúmeros obstáculos à sua efetivação, destacando-se, para além das muitas dificuldades relacionadas à implantação de uma política geral em um país de dimensões continentais, os óbices relacionados à viabilidade dos recursos necessários para sua organização.

Desse modo, o SUS não pode ser considerado como uma política pública pronta e acabada ou mesmo obra de um ou qualquer governo. De fato, sua plena instituição representa um processo complexo e longo, ainda em curso, que se destina à implantação de uma política de Estado, determinada pela CRFB/88, arts. 198 e 200.

O objeto do SUS, de acordo com sua previsão na Carta Magna, é a saúde - coletiva e individual - como direito de toda a população brasileira. Desse conceito decorrem suas principais características e complexidades, cabendo os questionamentos: o que é saúde? quais são seus condicionantes? como provê-la para todos?

Já sabemos que os fatores condicionantes da saúde coletiva não se cingem apenas às políticas típicas da função saúde administrada pelo Estado. Ao contrário, políticas externas ao setor saúde abrangem, via de regra, fatores pre-

Federal de 1988 trata da seguridade social, conceito erigido na Carta Magna para abranger as ações do novo sistema de proteção social brasileiro, que assegura direitos relativos à saúde, previdência e assistência social, abordados cada um em seções distintas do mesmo capítulo. Suas bases assecuratórias diferem substancialmente do modelo que vigeu no ordenamento anterior, em que a assistência médica estava incluída entre os benefícios previdenciários e, por conseguinte, era também considerado um direito pessoal regulado pelo contrato individual de trabalho, como cláusula ligada à idéia de seguro, conferido ao trabalhador formal e excludente aos demais. Na nova perspectiva, a saúde é instituída como um direito da cidadania, isto é, um direito social, universal, regulado por um contrato social, a que todos fazem jus, indistintamente, na medida de suas necessidades (Melamed e Costa, 2003). Tal característica do SUS, assim criado, é conhecida pela expressão universalidade de acesso. Além dessa, caracterizam também o SUS a integralidade da atenção - independente de sua complexidade e causalidade -, a descentralização administrativa - com comando único em cada esfera de governo -, a hierarquização dos serviços de saúde - conforme sua complexidade científica - e o controle social instituído pela participação da socieda-

ponderantes como emprego, habitação, educação, alimentos e política macroeconômica, entre outros. Além disso, a atenção à saúde específica desse setor envolve múltiplas ações que estão abarcadas tanto no campo da assistência quanto no das intervenções ambientais, sendo estas as duas naturezas que devem ser abrangidas pelo SUS.

As intervenções ambientais englobam as condições sanitárias nos ambientes de vida e trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental. Significam as atividades preventivas - enquanto as intervenções no campo da assistência envolvem serviços de saúde e sua produção, isto é, ambulatórios, hospitais, exames, medicamentos, consultas e procedimentos, representando as atividades curativas ou de recuperação da saúde.

Tais ações assistenciais e preventivas englobam vasto leque de intervenção pública. Visam, em conjunto, à promoção, proteção e recuperação da saúde e estão incluídas entre as atribuições de responsabilidade do SUS, com destaque para as assistenciais, relacionadas à recuperação da saúde, muitas vezes em detrimento das preventivas, que objetivam a

promoção e proteção da saúde.

Ao longo de 16 anos, muito se avançou na performance assistencial do sistema, possibilitando o alcance de estatísticas tão expressivas quanto pouco conhecidas da população, como: 150 milhões de consultas médicas ao ano, 300 milhões de exames laboratoriais, um bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde,

14 mil transplantes de órgãos anuais, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade, 12 milhões de internações, 2 milhões de partos, 5.864 hospitais espalhados pelo país, com 440 mil leitos hospitalares, e 63 mil unidades ambulatoriais⁷.

Entre as atividades preventivas, apenas um destaque: o elevado percentual de cobertura vacinal das populações-alvo.

Contudo, apesar desses números e de o sistema representar a única possibilidade de atenção à saúde para 140 milhões de brasileiros (80% da população), ele está ainda muito aquém, quantitativa e qualitativamente, de satisfazer a real demanda dos brasileiros por atendimen-

tos em saúde, configurando um crescente déficit - na proporção em que os atendimentos hoje realizados carecem de ser mais bem qualificados e humanizados, o que repercutirá em maior aumento de seus custos.



As intervenções no campo da assistência envolvem serviços de ambulatórios, hospitais, exames, medicamentos e consultas, representando as atividades curativas ou de recuperação da saúde.

7 Fonte: Sistema de Informação Hospitalar / Sistema de Informação Ambulatorial / SUS (SIH/SIA/SUS).

Em resumo, pode-se reafirmar que o SUS é uma política ainda em fase de implantação, resultante de uma curta evolução histórica que chega a nossos dias com um formato gerencial descentralizado em bases municipais, porém com inúmeras carências em sua estrutura organizacional e com um grande desafio a vencer para viabilizar o seu financiamento⁸, indispensável à continuidade de seu processo institucional (Nobrega, 2006).

Cabe enfatizar alguns aspectos inerentes à função administrativa, potencializadores dos riscos desse desafio - por exemplo, as possibilidades de perdas de recursos destinados ao SUS, pela circunstância de equívocos gerenciais ou de gestão extravagante, principalmente levando-se em conta o formato descentralizado e autônomo de seu modelo; também a probabilidade de ocorrência de fraude e corrupção na execução de uma política que movimentam um orçamento anual de 43 bilhões⁹ de reais não deve ser negligenciada em um país como o Brasil. Como reforço a essas preocupações, registre-se que o volume de impostos e outros tributos arrecadados anualmente pelo Poder Público no Brasil em suas três esferas de governo é enorme (36% do PIB); contudo, a despeito disso, o retorno em serviços para a sociedade é muitas vezes imperceptível para grandes camadas da população. De acordo com a Firjan (2006), entre as diversas áreas que mais sofrem as conseqüências desse fenômeno está a da saúde pública - evidenciando-se que a ineficiência no uso dos recursos arrecadados entre nós, e não sua escassez, é a mazela central que está na base dos problemas crônicos enfrentados em diversas áreas essenciais da administração pública brasileira.

Na verdade, tais mazelas observadas com frequência no setor saúde, conforme registra a Firjan (2006), não se sucedem apenas no Brasil e tampouco são exclusivas do Estado do Rio de Janeiro. Na opinião de Eigen (2002), a corrupção se apresenta como um grande desafio para todos os países nos tempos atuais. Sua trama e conseqüências precisam ser enfrentadas por todas as nações civilizadas, sob pena de degradação do meio ambiente, direitos humanos e instituições democráticas; além de representar ameaça para o desenvolvimento dos povos e de condenar à miséria milhões de pessoas em todo o mundo.

Eis por que o Estado brasileiro, com apoio na sociedade organizada - cujo clamor merece resposta -, deve instituir e manter mecanismos de controles internos e externos aos Poderes constituídos com base no princípio de freios e contrapesos, consagrado na Teoria Geral do Estado, objetivando reduzir tanto a evasão espúria de seus recursos quanto sua administração perdulária. No Poder Executivo, a despeito de estarem previstos e regulamentados sistemas de controles, muito ainda se precisa caminhar para torná-los mais efetivos e integrados dentro de uma perspectiva de eficácia para os seus atos. Particularmente quanto ao SUS, impõe-se a questão de se estruturar conveniente e idôneo modelo de controle que permita aferir, além da eficiência de sua administração, a eficácia de suas ações e a efetividade de suas políticas. Para isso, deve ser exaltada a importância da integração entre as diferentes formas de controle previstas na sua estrutura particular e na organização geral do Estado. É preciso que tais modalidades, de origem e métodos distintos, se conheçam e falem entre si, permeando os

8 O financiamento da saúde preconizado pelo SUS segue o modelo universalista diversificado, isto é, se destina a arcar com a assistência de toda a população. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) financia os gastos federais em saúde, com contrapartidas de recursos dos tesouros estaduais e municipais por meio dos fundos estaduais (FES) e municipais (FMS). A despeito disso, é insuficiente o financiamento do sistema. Nas bases atuais, o orçamento do SUS teria praticamente que dobrar em relação ao seu percentual do PIB.

9 A previsão da União para 2006 é de R\$ 43,6 bilhões, fora os orçamentos dos Estados e dos Municípios.

três níveis da administração pública nacional. Para esse minudente esforço, necessária se faz a participação da sociedade civil organizada por meio dos Conselhos de Saúde, para que juntamente com os Poderes do Estado e os órgãos envolvidos da Administração se implemente um sistema de controle efetivo para o SUS.

OS CONTROLES PÚBLICOS DO SUS

Pela magnitude de sua importância social e volume de recursos mobilizados, Estado e sociedade são instados a produzirem adequados instrumentos destinados ao controle do SUS, envolvendo sua estrutura, processos e resultados¹⁰, com base nos princípios constitucionais da legalidade, da legitimidade e da economicidade.

Pelo lado do Estado, Saraiva (1996) classifica em quatro os tipos de controles a serem desenvolvidos no organismo estatal: a) controles administrativos - são autocontroles porque desenvolvidos pela própria Administração sobre seus agentes, conhecidos entre nós como controle interno; b) controles legislativos - representam o apoio ou a rejeição aos atos do Executivo pelo Poder Legislativo, configurando um controle político; c) controles de contas - essencialmente técnicos e controladores as contas públicas; genericamente reconhecidos como controle externo; d) controles judiciais - objetivam coibir abusos do patrimônio público e de desvio de poder por parte das autoridades públicas.

O discernimento sobre a necessidade da utili-

zação coordenada de mecanismos de controles sociais e estatais está previsto na vasta legislação que fundamenta e organiza o SUS, sendo indispensável para o momento que funcionem de forma plena e sinérgica, visando ao alcance de seus objetivos.

Neste quesito é útil frisar que o SUS vem estabelecendo no seu âmbito, desde a sua implantação em 1990, instância própria para auditar, controlar e avaliar os serviços de saúde que oferece a seus usuários universais. Ao longo desse período, têm-se instituído normas e procedimentos complementares com o intuito de aperfeiçoar tal sistema de controle peculiar. Além desse controle, inerente ao próprio sistema de saúde, a Constituição determina e a legislação específica detalha outras formas de controles que devem ser aplicados ao SUS. Vejamos como está estatuído o sistema de controles públicos para o SUS em todas as esferas de governo, iniciando pelo controle peculiar inserido na organização do próprio sistema de saúde.

MECANISMOS DE CONTROLES PRÓPRIOS DO SUS

O SUS, como política pública desenhada de acordo com a organização federativa do Estado brasileiro, dispõe, em sua especificidade, de um sistema próprio de controle que perpassa as três esferas de governo em que está estabelecido. Trata-se de preceito legal que integra a Lei Orgânica da



¹⁰ Donabedian (1966) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, baseado nos conceitos de estrutura, processo e resultado, classicamente considerados uma tríade.

Saúde (Lei 8.080/90), regulamentado pelo Decreto 1651/ 95 e pela Portaria MS 423/ 04. A inspiração desse conjunto de normas advém da intrincada estrutura organizacional em que se assenta o SUS com suas múltiplas atividades e funções, das quais decorrem suas especificidades do ponto de vista de sua organização administrativa intergovernamental e de sua complexidade científica e tecnológica, além do alto custo de seu investimento e custeio. Paralelamente denota uma preocupação no estabelecimento de controles próprios que, atuando internamente, no âmbito do próprio sistema de saúde, garantam segurança relativamente à qualidade e à quantidade de serviços adquiridos - por exemplo, para tratamento de pacientes em hospitais públicos ou privados que faturam tais serviços contra o sistema. Note-se que a intenção dessa legislação foi in-

troduzir mecanismos especiais para controle interno do SUS sem prejuízo das normas gerais de controle interno que constitucionalmente as Administrações devem implantar em seu seio, como já foi mencionado.

Após esses esclarecimentos, pode-se definir em que consiste e a quem compete o controle próprio do SUS: compete a um órgão que deve ser com esse intuito criado nas estruturas de gestão do SUS, nas três esferas de governo - vale dizer, nas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e no Ministério da Saúde -, diretamente sob a responsabilidade dos seus titulares. Esses órgãos, com designação apropriada a seus objetivos, se encarregarão de realizar controle, avaliação e auditoria em todas as atividades desempenhadas pelo sistema de saúde.

A título de exemplo, a esse órgão compete autorizar a realização de procedimentos, atestar sua realização e, posteriormente, autorizar seu pagamento ao prestador de serviço público ou privado que o realizou, sendo esta a sua atividade de controle. Além disso, a ele compete realizar a avaliação inicial e periódica de todos os serviços que serão contratados ou conveniados pelo SUS, procedendo a seu cadastro padronizado nacionalmente e zelando em nome do serviço público pelo respectivo cumprimento das cláusulas do contrato administrativo firmado.

Por último, sua atividade de auditoria deve ser exercida sobre qualquer atividade do SUS selecionada por critério de amostragem ou por denúncia pública de qualquer natureza encaminhada ao sistema. Para o exercício dessa atividade, o órgão municipal, estadual ou federal deverá contar com um departamento específico que funcionará como um componente do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Ao nível da União, trata-se do Denasus (Departamento Nacional de Auditoria do SUS), enquanto em cada Estado e Município, sob suas responsabi-



A Lei Orgânica da Saúde (...) garante a segurança relativamente à qualidade e à quantidade de serviços adquiridos

- por exemplo, para tratamento de pacientes em hospitais públicos ou privados.

lidades deverão ser criados os respectivos componentes municipais ou estaduais do SNA.

Portanto, a atividade regulatória que deve ser desenvolvida intramuros do SUS envolve ações de controle de avaliação e auditoria nos moldes descritos, que devem estar institucionalizadas e executadas sob responsabilidade direta do gestor do sistema (Ministro e Secretários de Saúde).

Aqui, a crítica essencial que surge das avaliações até agora realizadas é a seguinte: com poucas e honrosas exceções, os mecanismos próprios do SUS destinados a seu autocontrole imediato não estão patentes na maioria dos municípios fluminenses, freqüentemente por omissão do gestor do sistema, que não observa nem faz cumprir os dispositivos citados. Como conseqüência, fraudes grosseiras já foram detectadas por auditorias operacionais efetuadas pelo TCE-RJ.

CONTROLE SOCIAL

O controle social é prática indissociável do Estado democrático de direito. Sua aplicação ao sistema público de saúde brasileiro está preconizada no inciso III do artigo 198 da Constituição Federal e regulamentada pela Lei 8.142/90, que o concebe sob dois institutos: conselhos de saúde e conferências de saúde.

Assim, a principal forma de participação permanente da sociedade civil na gestão e na avaliação do SUS está prevista no artigo 4º da Lei 8.142/90, que estabelece a obrigatoriedade da existência dos Conselhos de Saúde - Municipais, Estaduais e Nacional -, que terão composição paritária entre o número de membros indicados pela sociedade organizada com a soma dos demais conselheiros participantes.

Esses conselhos são deliberativos e deles dependem tanto a aprovação do plano de saúde do ente federado a que se vincula quanto a aprovação da prestação de contas por meio de relatórios de gestão que lhes devem ser apresentados anualmente pelos gestores do sistema - que, além disso, devem enviar aos conselhos os balancetes trimestrais de suas contas. Paralelamente, uma vertente mais difusa de controle social, independente - embora idealmente se potencialize por meio da participação nos conselhos -, dá-se pelo exercício do mecanismo da *accountability vertical*¹¹. Esse controle capilarizado pode ser desenvolvido por todos os cidadãos, resultante de sua inserção em qualquer atividade pública em seu cotidiano. Essa idéia, que leva em conta os valores de cidadania, integra a tese original registrada pelos autores conhecidos como federalistas, para quem o controle seria tão mais efetivo se realizado por homens comuns controlados pelas instituições, que, assim, também poderiam controlá-las.

As diversas teses que defendem a importância e a necessidade do controle social são incontestáveis; contudo, o modo de exercer essa atividade nos municípios tem sido motivo de debates entre aqueles que defendem a atual forma de organização dos conselhos de saúde e outros que propõem alterações na sua forma de representação, invocando o exemplo dos conselhos tutelares.

Zilda Arns (2006) - integrante do Conselho Nacional de Saúde (CNS) há 15 anos - defende que a representação nos conselhos deveria ser distribuída de forma paritária entre os diferentes segmentos que compõem o órgão, e que as entidades deveriam aperfeiçoar o processo de escolha de seus representantes.

Para além dessas discussões, pode-se considerar que o controle social em qualquer de suas

11 Controle exercido sobre o bem público diretamente pela sociedade e seus indivíduos em relação ao Estado.

vertentes é essencial para o funcionamento do SUS nos municípios, sendo, de acordo com o regramento atual, desempenhado pelos permanentes conselhos de saúde e pelas periódicas conferências de saúde.

Para os conselhos municipais, algumas iniciativas de cunho educacional, visando à melhor capacitação de seus membros, têm sido postas em prática, desenvolvidas tanto por órgãos estaduais quanto federais. Parece inquestionável que tal é o caminho a ser seguido pelos menores municípios do Estado do Rio de Janeiro, em particular aqueles que precisam desenvolver autonomia funcional, independência política, consciência coletiva e noções de prerrogativas e deveres que lhes permitam conquistar junto ao Executivo local o devido apoio logístico, necessário para se firmarem como instância competente de controle social do SUS.

CONTROLES DO ESTADO

O princípio do controle interno de cada Poder e o princípio do controle externo de um Poder sobre outro, enunciados respectivamente nos artigos 70 e 71 da Carta Magna, exercidos de acordo com seus regulamentos, se constituem em comando constitucional para a realização de vigilância sobre as políticas da administração pública, como é o caso do SUS.

Relativamente ao controle interno, suas regras e regulamentos devem estar previstos no conjunto normativo da administração de cada esfera de governo, ao passo que a Constituição Federal e as Cartas Estaduais, regulamentadas por leis complementares, normalizam a atuação do controle externo nos âmbitos de suas competências.

Controles interno e externo, com atribuições e competências próprias, são imprescindíveis para o funcionamento regular da administração pública. Em suas incumbências, suas atua-

Pode-se considerar que o controle social (...) é importante para o funcionamento do SUS nos municípios, pelos permanentes conselhos de saúde e pelas periódicas conferências de saúde.



ções se respaldam nos mesmos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. São comuns também seus objetivos de coibir a malversação de verbas públicas e de zelar pelas boas práticas administrativas, consoante os princípios da eficiência, eficácia e efetividade da gestão pública. Por tudo isso, é recomendável que as distintas

modalidades de controles do Estado dialoguem para que suas ações frutifiquem com intensidade - o que nem sempre tem ocorrido, basicamente em função de uma inserção ainda um tanto inorgânica e sem um padrão de regularidade funcional e institucional observado em relação aos órgãos de controle interno, particularmente nas esferas estaduais e municipais (Fonseca, Antunes e Sanches, 2002), como veremos a seguir.

CONTROLES INTERNOS

Desde os federalistas, no nascedouro da primeira república federativa da história, se conhece a máxima de que "homens não são anjos, razão por que precisam ser controlados". O comentário serve para introduzir a temática relacionada à construção de sistemas estatais de controles organizados a serem exercidos sobre a Administração.

Os primeiros desses controles são aqueles que se localizam no âmbito da própria Administração - por isso denominados controles internos. Seu mecanismo de ação se dá pela forma de *accountability horizontal*¹² e sua existência implica a formalização, nos limites da Administração, de instâncias investidas de poder de fato e de direito para proceder à avaliação so-

bre os atos de seus congêneres, que vão desde supervisões de rotina até apuração de atos ilícitos.

Em virtude de sua inserção interna, a natureza de suas intervenções tem caráter opinativo, preventivo ou corretivo, tendo em vista o que estabelece a legislação. Entre diferentes formas de organização, os Controles Internos (CIs) no Brasil, segundo Saraiva (1996), assumem o modelo de reparação do dano administrativo - o que, teoricamente, aproximaria sua prática do modelo empregado pelo controle externo, exercido pelos tribunais de contas, com a diferença de que àqueles caberia essencialmente o controle preventivo e concomitante da ocorrência dos atos¹³, enquanto a estes incumbe o controle post factum, por amostragem ou para maior detalhamento.

No entanto, o que se verifica de uma forma geral em todo o país e particularmente no Estado do Rio de Janeiro é a existência apenas formal do instituto do Controle Interno, que deixa de cumprir suas atribuições constitucionais para exercerem função contábil, verificando basicamente se os gastos são feitos de acordo com o processo administrativo correspondente, em vez de realizar propriamente um controle. Fonseca, Antunes e Sanches (2002: 33) consideram que decorre desse fato

(...) a cobrança excessiva que recai - por parte tanto da opinião pública como da sociedade organizada - sobre os Tribunais de Contas, no que tange ao controle das contas públicas. Essa fragilidade dos CIs contribui para tornar o modelo geral de controles basicamente a posteriori, o que acarreta a perda de sua tempestividade e eficácia, isto é, há um espaço de tempo muito grande entre a ocorrência de um determinado problema e sua percepção/análise/correção.

12 Controle que se faz de um setor para outro dentro da mesma esfera pública.

13 Os tribunais de contas, em caráter excepcional, podem realizar procedimentos preventivos e concomitantes, contudo, esta atribuição é típica do modelo de controle interno adotado pelo país. Na medida em que os CIs não atuam desta forma, de maneira sistemática, ocorre uma sobrecarga para as atividades do controle externo, que, ainda assim, estará sempre detectando a posteriori fatos consumados.



(...) o que se verifica de uma forma geral em todo o país e particularmente no Estado do Rio de Janeiro é a existência apenas formal do instituto do Controle Interno, que deixa de cumprir suas atribuições constitucionais para exercerem função contábil (...).

Como já foi mencionado, historicamente o sistema de controle interno do Poder Executivo vem sendo confundido com atividades contábeis. De aproximadamente uma década para cá, têm-se verificado mudanças nesse status quo apenas no âmbito da Administração Federal, inicialmente com a criação da Secretaria Federal de Controle (SFC), instituída pela Lei 10.180, e posteriormente com a instituição da Controladoria Geral da União. Toda-

via, quanto a Estados e Municípios, de uma forma geral, não se observa movimento semelhante ou pelo menos com a mesma intensidade com o que vem ocorrendo na União.

No Estado do Rio de Janeiro, pode-se registrar como avanço neste particular a implantação do Siafem (Sistema Integrado de Administração Financeira para Estados e Municípios), sistema de processamento que tem uma arquitetura análoga ao Siafi (Sistema Integrado de Administração Financeira da União), embora os municípios ainda não o utilizem rotineiramente como ferramenta aplicada a seus controles.

Do que foi dito, depreende-se que, como se consigna na prática das inspeções operacionais em saúde realizadas pelo TCE-RJ nos municípios fluminenses, não pode essa Corte contar com a participação efetiva dos respectivos órgãos de controle municipais para a fiscalização do SUS. De fato, constata-se que os responsáveis pelos CIs desconhecem, em sua amplitude, os complexos procedimentos do sistema de saúde municipal, tão-somente tendo ciência da legalidade dos processos de contratação de bens e serviços.

CONTROLES EXTERNOS

Pela classificação de Saraiva (1996), são considerados controles externos aqueles realizados por órgãos independentes da Administração, isto é, que não participam dos atos por ela praticados, restringindo-se este autor aos controles exercidos pelos Poderes Legislativo e Judiciário e aos protagonizados pelos Tribunais de Contas.

Considerando-se a especificidade do Poder Judiciário para o julgamento de matérias que transcendem a natureza administrativa, bem como a categoria política do controle exercido pelo Poder Legislativo sobre o Executivo, esses tipos de controles externos não serão incluídos na presente análise, que, por sua vez, se limitará ao controle externo empreendido pelos Tribunais de Contas.

No Brasil, o inciso IV do art. 71 da Lei Maior confere autonomia para as Cortes de Contas

exercerem o controle externo por meio de inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, por iniciativa própria ou requisitada pelo Poder Legislativo, facultando ainda a qualquer cidadão, nos termos do parágrafo 2º do art. 74, denunciar irregularidades ou ilegalidades a estes tribunais, para as devidas providências.

Praticamente todos os sistemas políticos modernos contam, hoje, com instituições superiores encarregadas do controle financeiro-patrimonial do Estado. Em nosso ordenamento jurídico tais instituições têm envergadura constitucional e são designadas por Tribunais de Contas. A partir da Constituição de 1988 as chamadas cortes de contas tiveram ampliadas as suas atribuições de controle sobre a Administração, passando a abranger, além da legalidade dos atos da gestão pública, também a legitimidade e a economicidade¹⁴.

A inédita ampliação das atividades de controle externo¹⁵ determinada pela Carta de 1988 trouxe grande impacto para a rotina dos tribunais de contas.

O princípio da economicidade ganhou grande destaque no orçamento público, (...) abrindo espaço para novas intervenções, possibilitando incidentalmente, a esse propósito, maior eficácia no combate à corrupção.



¹⁴ Art. 70 da CRFB/88. Ver também art. 37, caput, da CRFB/88.

¹⁵ Antes da CRFB/88, o princípio da economicidade nunca fora sequer citado em textos constitucionais.

O princípio da economicidade explicitado no artigo 70 ganhou grande destaque no orçamento público, alterando as premissas de atuação do controle externo, abrindo espaço para novas intervenções com base na nova e relevante competência a eles atribuída de estabelecer critérios de avaliação de desempenho da atividade estatal e de suas políticas, possibilitando incidentalmente, a esse propósito, maior eficácia no combate à corrupção.

Em outras palavras, parafraseando Speck e Nagel (2002), as auditorias operacionais e de avaliação de desempenho ganharam força e prestígio como métodos passíveis de serem empregados pelos tribunais de contas com o objetivo de avaliar a gestão pública relativamente ao uso de seus recursos e quanto aos resultados que logra alcançar.

Dentro desta nova realidade, podem-se levantar as condições com que dado serviço público é prestado e o custo de sua prestação, fazendo-se em seguida interpretações relacionadas a custo e benefício. Do ponto de vista do SUS, o que se deseja é a atuação da Administração, por meio de seus agentes, de forma a satisfazer a seus usuários, no limite de suas necessidades clínicas, com presteza e da maneira mais econômica possível.

Com base nesse preceito, a participação dos tribunais de contas em atividades de controle externo específicas para o setor saúde - realizando auditorias operacionais e avaliação de desempenho em sistemas de saúde - pode contribuir decisivamente para aprimorar os serviços do SUS nos municípios brasileiros, servindo à nação um novo paradigma para o controle das políticas sanitárias.

É importante advertir, contudo, que a faculdade conferida ao controle externo, de ava-

liar o desempenho da Administração quanto à eficácia de suas ações, a eficiência de seus resultados e a efetividade de suas políticas, não significa a destituição de seu poder de escolha relativo às opções discricionárias que considere mais oportunas e convenientes; todavia, significa avaliar a Administração, com base nos critérios apontados, relativamente à escolha feita.

Essa ampliação do conceito de controle, para além de critérios de legalidade e regularidade contábil, fortalece o papel educativo dos tribunais de contas, que passam a ter uma finalidade mais prospectiva do que retrospectiva, significando mais ênfase para a correção de modelos ineficientes e ineficazes do que a responsabilização de agentes da administração. Do ponto de vista ético, também é grande a influência que pode ser exercida pelos tribunais de contas sobre as Administrações, em virtude do seu compromisso direto com a preservação do bem público, aliado à autonomia de sua organização interna e ao poder de iniciativa que desfrutam, como observa Feder (1994).

Por todos esses motivos, é particularmente adequada a participação do controle externo na atual fase de implantação do SUS¹⁶, em que a identificação de baixa eficiência na execução de diversos programas e a quase total ausência de controles internos são frequentes, em função tanto da baixa capacidade administrativa de alguns municípios quanto do desconhecimento das normas específicas que regulam o funcionamento do sistema de saúde.

A esse propósito, o já citado Mapa do Desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro, elaborado pela Firjan em 2006, preconiza a realização de um choque de gestão

16 Observe-se que os municípios se encontram em diferentes fases do processo de implantação do Sistema.

para a rede de saúde do Estado, que se justifica, na opinião daquela entidade, para além da questão humanitária soberana que representa; também pelas implicações econômicas que cercam a baixa qualidade de vida e a saúde de significativa parcela da população do Estado. Diante da tecnologia disponível aos órgãos de controle, frente à profundidade do interesse

social representado pela política de saúde e considerando-se o montante de recursos públicos que ela movimenta, o SUS não pode prescindir do concurso dos tribunais de contas para a avaliação externa de sua operação em todos os municípios, principalmente se levando em conta que estas cortes são familiarizadas com os métodos e sistemas de avaliação voltados para o interesse público.

AVALIAÇÕES DE SISTEMAS DE SAÚDE PELO TCE-RJ

Aqui, pretende-se apresentar, como estudo de caso, alguns aspectos do trabalho desenvolvido no Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de lastrear uma discussão que se impõe: lançar bases para a formulação de uma proposta de sistema público integrado de controle para o SUS.

A Constituição do Estado do Rio de Janeiro, pelos incisos do art. 123, estabelece a competência do Tribunal de Contas do Estado para exercer o controle externo no âmbito de seus limites, enquanto no § 1º do art. 124 estende essa competência aos 91 municípios do Estado.

Destarte, dentro de sua competência, o TCE-RJ, desde 2000, vem desenvolvendo um modelo próprio de auditoria operacional - elaborado com base em técnicas de avaliação em saúde - tendo em vista sua participação na avaliação específica dos sistemas de saúde do Estado do Rio de Janeiro e de seus municípios.

Partindo daí, busca-se mostrar, dentro de uma perspectiva evolucionista, a série histórica de avaliações de desempenho e de auditorias operacionais de sistemas de saúde realizadas pelo Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro nos seis últimos anos, sabendo-a com fulcro em modalidade de controle externo de natureza operacional.



A experiência, ainda em curso, refere-se à acumulação de informações coletadas ao longo desse período, quando foram realizadas: 37 inspeções ordinárias operacionais em sistemas de saúde de 32 municípios fluminenses; 11 inspeções especiais ou extraordinárias em 10 municípios; 7 inspeções operacionais ordinárias em órgãos e programas do Sistema Estadual de Saúde; e 4 inspeções especiais ou extraordinárias em órgãos ou programas estaduais de saúde.

Para fins de ordenamento interno e coerência com a literatura consultada, classificamos as inspeções operacionais ordinárias realizadas na categoria de avaliação de desempenho, e as inspeções especiais ou extraordinárias como auditorias operacionais (Speck e Nagel, 2002). Assim, as 52 inspeções classificadas como avaliações de desempenho (Tabela 1) foram realizadas em respeito ao cronograma anual aprovado pelo Presidente do TCE-RJ e tiveram seus escopos uniformemente construídos de acordo com matriz de planejamento padrão, destinada a avaliar os sistemas de saúde por intermédio das estruturas que apresentam, dos processos que praticam e dos resultados que alcançam (Donabedian et al, 1982).

Em essência, o trabalho de campo dessas avaliações após o período de preparo, com levantamento de dados, consistiu na análise de informações coletadas in loco, compostas por meio do exame de documentos solicitados, observação direta da estrutura, verificação dos processos em execução e entrevistas realizadas com gestores e técnicos do sistema, prestadores de serviço e usuários e seus familiares.

O foco da avaliação definido em matriz de planejamento elaborada na fase de preparo teve seu conteúdo dividido em sete blocos repre-

sentativos da realidade operacional dos sistemas municipais de saúde.

O primeiro bloco trata da avaliação dos controles públicos do SUS municipal e é composto por três itens de verificação, que se referem: a) aos mecanismos de controle próprio do SUS; b) ao controle social a cargo do conselho de saúde local; c) às atividades de controle interno geral do município.

O objetivo dessa diligência é verificar a existência dos três tipos de controles que devem monitorar a gestão do SUS na esfera municipal. Posteriormente, pelo exame individualizado dos métodos de trabalho inerentes a cada um desses controles, busca-se aferir suas eficácias, com base na avaliação dos métodos que empregam e pelos resultados que apresentam. Esse bloco tem importância crucial para a avaliação de controle externo de sistemas de saú-

O TCE-RJ, desde 2000, vem desenvolvendo um modelo próprio de auditoria operacional - elaborado com base em técnicas de avaliação em saúde.

de, pois permite conhecer o grau de importância que a Administração atribui aos mecanismos de controle interno de que dispõe, possibilitando dimensionar o nível de accountability horizontal que pratica. Significa esta práxis - o controle externo - avaliar o funcionamento do controle interno e conseqüentemente ajuizar se tem diante de si uma administração que preza ou não o emprego de controles para seus atos.

O segundo bloco aborda a organização, o planejamento e a gestão financeira do sistema, compondo-se dos seguintes itens de verificação: a) instrumentos de gestão e de planejamento, b) Fundo Municipal de Saúde, incluindo sua organização, verificação de recursos próprios e transferidos fundo a fundo e funcionamento do Siops (sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde).

Nesse bloco, o objetivo é avaliar a estrutura organizacional do sistema municipal de saúde, verificando a divisão de poder em seu cerne, as delegações concedidas e responsabilidades dos gerentes intermediários das áreas executivas. São analisados os instrumentos de gestão utilizados, o setor encarregado de realizar o planejamento do sistema e o Fundo Municipal de Saúde, responsável pela administração financeira - avaliados individualmente em suas funções.

Em seu escopo, o controle externo, com base nessas investigações, poderá concluir a respeito do nível de organização do SUS municipal, se as ações que desenvolve são planejadas com prazos, recursos e metas, bem como se o Fundo Municipal de Saúde administra todos os recursos do SUS e realiza sua contabilidade de forma apartada.

No terceiro bloco, o objetivo é avaliar a função designada como vigilância em saúde, que é integrada por três itens de verificação: a) vigilância epidemiológica, b) vigilância sanitária, c) vigilância ambiental. Aqui, pretende-se que o controle externo possa concluir a respeito da eficácia das ações de saúde preventivas desenvolvidas pelo sistema.

O quarto bloco se refere à avaliação dos programas de controle de doenças desenvolvidos pelo município, sendo selecionados três desses programas para verificação de seus proces-

sos e resultados. Seu objetivo é trazer ao conhecimento do controle externo se o sistema de saúde desenvolve atividades específicas para resolver problemas sanitários apontados em seu perfil epidemiológico¹⁷ e, incidentalmente, se o município realizou diagnóstico de seu perfil epidemiológico como instrumento para o seu planejamento, bem como se dele dispõe e se o utiliza.

O quinto bloco visa à avaliação da qualidade da assistência hospitalar e ambulatorial oferecida pelo sistema de saúde. O desempenho da assistência é medido pela procedência de visita às unidades hospitalares e ambulatoriais com análise de estrutura processos e resultados. Fornece ao controle externo informações relativas à eficiência e à eficácia das ações curativas ou de recuperação da saúde empreendidas pelo SUS local.

O sexto bloco se propõe a avaliar o Programa Saúde da Família (PSF), partindo dos seus relatórios de produção e de série histórica, geral e por unidades, concluindo com visitas de inspeção aos módulos do programa. Aqui, o objetivo é o conhecimento por parte do controle externo do funcionamento do PSF, concluindo sobre sua eficácia, principalmente em relação ao percentual de cobertura populacional que alcança.

Por fim, no sétimo bloco, o programa de avaliação de sistemas municipais de saúde adotado contempla a verificação do subsistema de abastecimento de insumos do SUS local, destacando o programa de abastecimento de medicamentos. Com este bloco, se pretende que o controle externo conheça os métodos adotados pelo sistema municipal de saúde para garantir o suprimento de medicamentos e outros insumos para os usuários de seus serviços, possibilitando análises de eficiência e de eficácia.

17 Apona os principais indicadores de saúde do município, incluindo as principais causas de mortalidade e de morbidade (doenças que mais acometem sua população).

Desse modo, o protocolo de avaliação de sistemas municipais de saúde exposto tem, a priori, objetivo educativo contra as perdas de recursos públicos do SUS resultantes de práticas administrativas ilícitas ou ilegais, advindas tanto de equívocos gerenciais por parte dos gestores do sistema quanto por fraudes de qualquer natureza que conformem a ocorrência de corrupção na administração do sistema de saúde dos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O grupo responsável pela avaliação operacional de sistemas municipais de saúde do TCE-RJ desempenha suas atribuições sem prejuízo da realização de controles de outras naturezas. Sua atuação específica consiste na execução de avaliações de desempenho e de auditorias operacionais, no todo ou em parte, dos siste-

mas de saúde de 91 municípios fluminenses, além do Sistema Estadual de Saúde. Procede, portanto, com base em metodologia própria, acima resumida, inspirada nos processos e técnicas de avaliação em saúde, ao controle externo operacional do SUS no Estado do Rio de Janeiro, obedecendo ao comando estabelecido nos arts. 71 e 75 da Carta de 1988.

O modelo adotado leva em consideração que os municípios brasileiros, ao desempenharem suas atribuições em conformidade com o ordenamento do SUS, utilizando recursos próprios e oriundos de repasses intergovernamentais, participam ativa e decisivamente da definição e execução das políticas de saúde direcionadas aos seus municípios, constituindo-se em instâncias solidariamente responsáveis por seus êxitos ou fracassos.

Tabela 1

Municípios submetidos a avaliação de desempenho de seus sistemas de saúde pela Coordenadoria de Auditoria e Desenvolvimento do TCE-RJ.

Municípios	Ano de Execução	Municípios	Ano de Execução
Angra dos Reis	2005	Natividade	2004
Armação dos Búzios	2005	Nilópolis	2000
Barra Mansa	2003	Niterói	2001
Belford Roxo	2001	Nova Iguaçu	2002
Cabo Frio	2000/2002	Paraíba do Sul	2003
Campos	2003	Paraty	2004
Cantagalo	2005	Resende	2002/2004
Carapebus	2005	Rio Claro	2005
Cordeiro	2006	Rio das Flores	2004
Duque de Caxias	2002	São Pedro da Aldeia	2005
Itaocara	2005	São João de Meriti	2006
Itaperuna	2004	Sumidouro	2004
Itatiaia	2005	Tanguá	2003
Macaé	2001/2004	Trajano de Moraes	2006
Magé	2000/2005	Valença	2004
Miguel Pereira	2006	Volta Redonda	2001/2003

Fonte: CAD/SSR/SGE/TCE-RJ

Os critérios de controle utilizados nesses processos envolvem a avaliação da regularidade administrativa, científica, gerencial, ética e legal do sistema público de saúde de cada município inspecionado, considerando paralelamente o desempenho institucional dos órgãos responsáveis pelas ações e a repercussão destas no meio ambiente, incorporando, na medida do possível, a avaliação de efetividade, sem se descolar dos aspectos relacionados à economicidade, legitimidade e legalidade. As 12 inspeções classificadas como auditorias operacionais (Tabela 2) foram realizadas a partir de denúncias encaminhadas ao TCE, que, depois de submetidas a exame de admissibilidade, foram autorizadas pelo Presidente ou pelo Plenário do Tribunal. Os escopos dessas auditorias foram elaborados em função de suas especificidades, expressas em matriz de planejamento característica, destinada a esclarecer os aspectos que a motivaram - relacionados a agentes ou órgãos dos sistemas de saúde

Tabela 2

Municípios submetidos a auditoria operacional de seus sistemas de saúde pela Coordenadoria de Auditoria e Desenvolvimento do TCE-RJ

Municípios	Ano de Execução
Arraial do Cabo	2002/2003
Cachoeiras de Macacu	2000
Cantagalo	2000
Carmo	2004
Niterói	2004
Nova Iguaçu	2004
Santa Maria Madalena	2000
São Sebastião do Alto	2000
São Gonçalo	2002
Tanguá	2001

Fonte: CAD/SSR/SGE/TCE-RJ

NOVOS ELEMENTOS DA AGENDA DO SUS

Três propostas independentes movimentam a agenda do SUS em 2006: a regulamentação da Emenda Constitucional 29, o Pacto pela Saúde e o Projeto de Lei de Responsabilidade Sanitária. Todas elas merecem comentário por sua importância, atualidade e implicação com a gestão, financiamento e controle do SUS.

EMENDA CONSTITUCIONAL 29 - EC 29

O Projeto de Lei PLC 1/03, que visa a regulamentar a EC 29, aprovada em 2000, tramita ainda no Congresso Nacional, onde aguarda inclusão em pauta para votação na Câmara Federal. Trata-se de decisão legislativa imprescindível para regularizar o modelo de financiamento do SUS, definindo o conceito de ações e serviços de saúde com base na interpretação contida na Resolução 322 do CNS.

Ligado a este processo registra-se uma particularidade relacionada ao Estado do Rio de Janeiro: a Governadora Rosinha Garotinho, em 2003, propôs ao STF uma Ação Direta de

Inconstitucionalidade (ADIN), requerendo a invalidação da Resolução 322 do CNS. A ADIN nº 299-1 aguarda julgamento de mérito no Supremo Tribunal Federal, gerando grande expectativa o resultado deste julgamento.

PACTO PELA SAÚDE 2006

Trata-se de documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite em 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde em 9 de fevereiro do mesmo ano. Expressa compromisso público dos setores do SUS, baseado nos princípios constitucionais que norteiam o sistema, com ênfase nas necessidades de saúde da população, implicando a definição de prioridades que serão articuladas e integradas nos seus três componentes: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS; e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é um conjunto de compromissos sanitários, expressos com base na situação de saúde do país. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas das três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal. Declina como estratégia a mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor saúde. Tem o objetivo de elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.

O Pacto de Gestão do SUS aponta as atribuições de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes, preconiza a estruturação de regiões sanitárias com a instituição de colegiados de gestão regional e reitera a importância do controle social com o compromisso de apoio à sua qualificação. Por fim, explicita as diretrizes para o sistema de financiamento público tripartite e estabelece relações contratuais entre os entes federativos.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas das três instâncias federativas no sentido de reforçar o Serviço de Saúde como política de Estado mais do que política de governos.

PROJETO DE LEI DE RESPONSABILIDADE SANITÁRIA

Trata-se de projeto de lei que também tramita no Congresso Nacional e que visa a instituir a responsabilização para os gestores do SUS de todos os níveis em casos de descumprimento de sua legislação. Com uma Lei de Responsabilidade Sanitária, objetiva-se ampliar o cumprimento de metas pactuadas pelos gestores do sistema, prevendo-se penalidades administrativas para seu descumprimento.

CONCLUSÃO

Pretendeu-se, com este artigo, contribuir para a discussão relacionada à construção de um sistema integrado de avaliação de desempenho e de controle público para o SUS. Considera-se, com base no que foi exposto, que as naturezas de controles públicos atualmente existentes são aptas para conferir segurança ao sistema, porém, se faz necessário, em benefício do bem comum e para que seus resultados sejam mais efetivos, que as diversas instituições afeitas à execução dessa tarefa se comuniquem, troquem informações sem que se descaracterizem suas missões institucionais e especificidades.

Políticas públicas emblemáticas como o SUS, que trazem a marca da justiça social, com universalidade de direitos e equidade na provisão de assistência à saúde, devem ser preservadas. O Poder Público, por seus diferentes entes e órgãos, e a sociedade civil, nas suas diversas formas de organização, devem participar solidariamente desse esforço, cada qual com seus recursos e motivações.

Nesse contexto, as instituições superiores de controle muito podem contribuir para o debate, tanto trazendo as experiências oriundas de suas atividades de controle externo no dia-a-dia, quanto refletindo em parcerias acadêmicas soluções pesquisadas que buscam melhores resultados na atividade de proteger e resguardar a res publica.

Com tal objetivo, este artigo configura-se também como marco inicial de uma linha de pesquisa a ser desenvolvida pela ECG - Escola de Contas e Gestão do TCE-RJ na área de Economia da Saúde. Sob esta perspectiva, se desenha a investigação científica voltada para a saúde pública com o propósito de avaliar a qualidade do gasto público realizado pelos municípios do Estado do Rio de Janeiro para custeio dos procedimentos de média complexidade. A realização deste estudo possibilitará a criação de protocolos técnicos que poderão ser utilizados nas avaliações de desempenho e nas auditorias operacionais dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, Fernando. L. Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). Democracia, descentralização e desenvolvimento. Rio de Janeiro : FGV, 2006.
- AGRANOFF, R. Marco para el analisis comparado de las relaciones intergubernamentales. In: MERINO HUERTA, M. (Org.) Cambio Político y Gobernabilidad. México: Conacyt, 1992.
- ARNS, Zilda. Fórum de Saúde e Democracia: uma visão de futuro para o Brasil. O Globo, Rio de Janeiro, 30 mar. 2006. Suplemento.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm> . Acesso em: 19 set. 2006.
- CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de. Gestão intergovernamental e financiamento do sistema único de saúde: apontamentos para os gestores municipais. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/depart/cgprh/projetos/gestao/publicacoes/textos_basicos/t4_1_7.htm> Acesso em : 19 set. 2006
- DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of Medical Care. [S.l. : s.n.], 1966.
- DONABEDIAN, Avedis, Wheeler, Hohn R. C., WYSZEWIANSKI, Leon. Quality, cost and health: an integrative model. Medical Care, v. 20, n. 10, p. 1975-1992, 1982.
- EIGEN, Peter, SPECK, Bruno Wilhelm (Org). Caminhos da transparência: análise de um sistema nacional de integridade. Campinas: Unicamp, 2002.
- FEDER, João. Estado e a sobrevida da corrupção. Curitiba: Tribunal de Contas do Estado do Paraná, 1994.
- FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Mapa do desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro: 2006-2015. Rio de Janeiro : Firjan/DCO, 2006.
- FONSECA, Francisco, ANTUNES, Fernando, SANCHES Oscar. Os Controles Internos. In: SPECK, Bruno Wilhelm (Org). Caminhos da transparência: análise de um sistema nacional de integridade. Campinas: Unicamp, 2002.
- MELAMED, C., COSTA, N. R. Inovações no financiamento federal à saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 393-402, 2003.
- NOBREGA, S. W. S. Sus, 15 anos de mudanças na saúde pública brasileira. TCE-RJ Notícia, Rio de Janeiro, ano 5, n. 50, 2006.
- PASQUINO, G. Conflito. In: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. Dicionario de Político. Brasília, DF : UnB, 1995.
- SARAIVA, Iram. Criação dos Tribunais de Contas: sua importância histórica, alterações e posição no cenário brasileiro. Brasília, DF: TCU, 1996.
- SPECK, Bruno; NAGEL, José. A fiscalização dos recursos públicos pelos tribunais de contas. In: SPECK, Bruno Wilhelm (Org). Caminhos da transparência: análise de um sistema nacional de integridade. Campinas: Unicamp, 2002.
- WRIGHT, D. S. Para entender las relaciones intergubernamentales: studio introdutorio de José Luis Méndes. México : Fundo de Cultura Económica, 1997.