



CGU

Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde

Exercício 2018

13 de junho de 2019

Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Gabinete do Ministro - Ministério da Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201900431**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Auditoria Interna Governamental

Atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização; deve buscar auxiliar as organizações públicas a realizarem seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de governança, de gerenciamento de riscos e de controles internos.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

Trata-se do Relatório Anual de Contas do Ministério da Saúde, no qual foram avaliados os atos de gestão praticados no exercício de 2018 relacionados, principalmente, ao monitoramento e avaliação das transferências de recursos da União para Estados e Municípios na modalidade denominada fundo a fundo.

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

O presente Relatório atende aos ditames da Decisão Normativa – TCU nº 172/2018, na qual o Ministério da Saúde consta como unidade prestadora de contas cujos responsáveis terão as contas de 2018 julgadas pelo Tribunal. Em termos de materialidade, foram repassados mais de 75 bilhões de reais da União para Estados e Municípios por meio das transferências fundo a fundo em 2018.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

As análises apontaram limitações no processo de monitoramento e avaliação das transferências, em função da baixa alimentação de sistemas de informação obrigatórios, da falta de atuação de unidades estratégicas para o processo, da ausência de análise sistemática dos documentos de prestação de contas e pela inexistência de documentos que auxiliem a tomada de decisão em termos de eficiência e eficácia.

As recomendações apontaram a necessidade de reestruturação do processo de monitoramento e avaliação do SUS, compreendidos os aspectos orçamentário/financeiro, de resultados, de prestação de contas e de produtos voltados à tomada de decisão, avaliando a necessidade de formulação, pactuação e implementação da política de monitoramento e avaliação do SUS e a aplicabilidade da tecnologia da informação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEAF - Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

CF – Constituição Federal

CGU – Controladoria-Geral da União

CPF – Cadastro de Pessoas Físicas

DEMÁS - Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DF – Distrito Federal

DN – Decisão Normativa

FNS - Fundo Nacional de Saúde

IN – Instrução Normativa

LCP – Lei Complementar

RG – Relatório de Gestão

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

TFF - Transferências Fundo a Fundo

UPC - Unidade Prestadora da Conta

SUMÁRIO

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?	3
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	4
SUMÁRIO	1
INTRODUÇÃO	3
RESULTADOS DOS EXAMES	4
1. Avaliação da Conformidade das Peças	4
2. Avaliação dos instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão do Ministério da Saúde no contexto das transferências fundo a fundo	4
3. Avaliação do cumprimento parcial ou total pelo Ministério da Saúde das determinações e recomendações expedidas pelo TCU	7
4. Avaliação do cumprimento das recomendações da CGU	7
RECOMENDAÇÕES	11
CONCLUSÃO	11
ANEXOS	13
I – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801755	13

INTRODUÇÃO

Este relatório consolida o resultado dos exames realizados por este órgão de controle interno na prestação de contas do Ministério da Saúde, em atendimento ao prescrito na DN TCU nº 172/2018 e na IN TCU nº 63/2010.

O escopo do trabalho foi definido em comum acordo entre as áreas técnicas da CGU e do TCU e engloba as seguintes análises:

- Avaliação, considerando a natureza jurídica e o negócio da UPC, da conformidade das peças exigidas nos incisos I, II e III do art. 13 da IN TCU nº 63/2010 com as normas e orientações que regem a elaboração de tais peças;
- Avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão: avaliação dos instrumentos de monitoramento e avaliação próprios da gestão do Ministério da Saúde no contexto das transferências fundo a fundo, e;
- Avaliar o atendimento das recomendações da CGU e acórdãos do TCU.

Os exames foram realizados entre 01/05/2019 e 19/06/2019 e contaram com exames definidos em procedimentos elaborados pela Controladoria, os quais permitiram a obtenção de evidências adequadas e suficientes relativas ao escopo definido, em estrita observância às normas de auditoria aplicáveis ao Serviço Público Federal.

Este Relatório está estruturado de modo que as análises de cada item acordado com o TCU estão tratadas em pontos específicos (seções 1 a 4), além da introdução, conclusão e anexos.

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Avaliação da Conformidade das Peças

Este ponto do Relatório atende à determinação contida no item 1 do Anexo II da DN TCU nº 172/2018, na qual é solicitado ao órgão de controle interno a avaliação, considerando a natureza jurídica e o negócio do Ministério da Saúde, da conformidade das peças exigidas pela IN TCU nº 63/2010 listadas a seguir:

- Rol de responsáveis;
- Relatório de gestão, e;
- Relatórios e pareceres de órgãos, entidades ou instâncias que devam se pronunciar sobre as contas ou sobre a gestão dos responsáveis pelo Ministério

Tais peças foram apresentadas pelos responsáveis pelas contas do Ministério através da ferramenta eletrônica denominada *E-Contas*, a qual o prestador de contas, bem como os controles interno e externo possuem acesso.

De posse do Rol de Responsáveis, observou-se que nele constavam o dirigente máximo, o Secretário-Executivo e seus subsecretários e diretores, e os Secretários Finalísticos, atendendo ao prescrito no art. 10 da IN TCU nº 63/2010.

Observou-se também que o rol contém as informações solicitadas pelo art. 11 da IN TCU nº 63/2010, tais como nome e número do CPF, identificação da natureza de responsabilidade, indicação dos períodos de gestão, endereço residencial completo e endereço de correio eletrônico, com exceção da identificação dos atos formais de nomeação, designação ou exoneração, incluindo a data de publicação no Diário Oficial da União ou em documento de divulgação pertinente (art. 11, inciso IV da IN TCU nº 63/2010).

Em relação ao conteúdo e à forma do RG, salienta-se que, em sua maior parte, as informações solicitadas pelo Tribunal foram apresentadas de modo parcial ou integral.

Os atendimentos parciais ocorreram, em sua grande maioria, em função da ausência de correlação das informações prestadas com as informações de natureza estratégica, como os objetivos e seus riscos, solicitadas pelo Tribunal.

Em relação ao não-atendimento do conteúdo e forma do RG, chama a atenção a ausência de informações que atendam aos itens 5. Gestão da tecnologia da informação e 6. Gestão de custos.

2. Avaliação dos instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão do Ministério da Saúde no contexto das transferências fundo a fundo (TFF)

Este item do Relatório atende ao item 02 do Anexo I da DN TCU nº 172/2018, em que se deve avaliar os resultados quantitativos e qualitativos da gestão do Ministério da Saúde como um todo, contemplando suas subunidades organizacionais.

Dada a magnitude organizacional da gestão arrolada nas contas e o universo dos escopos possíveis, foi definido como escopo avaliar as atribuições de gestão do Ministério da Saúde no processo de avaliação e monitoramento das TFF.

Nesse contexto, o tema vai analisado profundamente no Relatório nº 201801755, em anexo. Portanto, parte-se para um resumo deste trabalho e apresenta-se, em anexo, a integralidade do mencionado Relatório.

Em termos de materialidade, considerando-se apenas o exercício de 2018, dos R\$ 131 bilhões destinados ao Ministério da Saúde (MS) no Orçamento Geral da União (incluindo Administração Indireta), R\$ 75,9 bilhões foram transferidos via TFF, o que, em termos percentuais, representa 58% do total do orçamento do MS.

As análises realizadas pelo mencionado trabalho se estruturam do seguinte modo: I) Aspectos conceituais relacionados à governança, gestão, controles internos e auditoria interna; II) O fluxo das transferências fundo a fundo; III) Transferências fundo a fundo em desacordo com os critérios legais estabelecidos; IV) Limitações no processo de monitoramento e avaliação; V) Perspectivas da infraestrutura tecnológica; VI) Limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos Conselhos de Saúde. Este resumo apresentará os pontos principais dos itens II a V, por conterem fatos relativos ao exercício de 2018 e por possuírem maior vinculação às competências do Ministério da Saúde.

Em relação ao item II - fluxo das transferências fundo a fundo, a forma mais relevante de aplicação dos recursos federais no SUS se dá por meio das TFF. Essas são um mecanismo de repasse de recursos do FNS para os fundos de saúde dos estados, DF e municípios, efetuados de forma regular (mensalmente, sem interrupções) e automática (dispensam a celebração de convênio ou instrumento congênere), visando a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, DF e municípios.

Para receberem recursos via TFF, estados, DF e municípios deverão contar com Conselho de Saúde, plano de saúde, fundo de saúde – com contrapartida de recursos do respectivo orçamento – e apresentar relatórios de gestão (Lei nº 8.142/90 e pela Lei Complementar nº 141/12). Os planos de saúde devem ser analisados pelo Ministério da Saúde a fim de constatar que há previsão de realização de ações com as quais a União contribui financeiramente, uma vez que é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde (artigo 36, §2º da Lei nº 8.080/90).

Findado o exercício, os entes recebedores prestarão contas ao Ministério da Saúde destas ações e serviços realizados e dos recursos dispendidos na sua execução por meio da entrega do Relatório de Gestão até 30 de março do exercício seguinte.

Estes requisitos condicionantes da TFF se tornarão os principais insumos para a realização do monitoramento e avaliação de responsabilidade do Ministério da Saúde sob as óticas contábil, de custo-benefício e de supervisão dos riscos.

A verificação do cumprimento de dois desses condicionantes (existência de Plano de Saúde e de Relatório de Gestão) foi realizada no item III do Relatório e revelou o

descumprimento por mais de 30% dos municípios brasileiros, o que, em tese, seria impeditivo para a realização dos repasses federais (Lei nº 8.142/90 e a Lei Complementar nº 141/12). Apesar deste descumprimento, o Ministério da Saúde transferiu, no exercício de 2018, aproximadamente R\$ 14 bilhões para esses entes.

Já no item IV - Limitações no processo de monitoramento e avaliação, apresentou-se um conjunto de trabalhos realizados pela CGU entre 2013 e 2018 em políticas ou unidades organizacionais do Ministério (SAMU 192, CEAf, Programa Mais Médicos, Política Nacional de Combate ao Câncer, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e Secretaria de Vigilância em Saúde), nos quais já haviam sido apontadas fragilidades no processo de monitoramento e avaliação das políticas sob suas responsabilidades.

Ademais, verificou-se que mais de 36% dos municípios descumpriram a obrigatoriedade de encaminhar, por meio do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), as informações de execução orçamentária-financeira dos recursos da saúde referentes ao primeiro bimestre do exercício de 2018, cuja data-limite era 30/03/2018 (art. 39, 1º, I, LCP nº 141/2012).

A ausência desses dados implica suspensão dos repasses (art. 39, 6º LCP nº 141/2012), impacta o monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro dos entes recebedores das transferências voluntárias da União (art. 39, 4º e 5º LCP nº 141/2012) e impossibilita a aferição do percentual mínimo aplicado em saúde pelos estados, DF e municípios (art. 198, 3º CF/88 c/c LCP nº 141/2012).

Ainda no que diz respeito às limitações no processo de monitoramento e avaliação, especificamente sob a ótica dos programas e políticas de saúde e à geração de insumos para a tomada de decisão baseada em evidências, constatou-se que o DEMAS não desempenha a função centralizadora que lhe cabe no contexto do SUS, em especial na relação com os entes subnacionais, fato corroborado pelo desconhecimento das práticas de monitoramento e avaliação adotadas pelas Secretarias Finalísticas, cuja atuação é segregada e fragmentada, prejudicando a unidade do processo.

Além disso, apurou-se que a ausência de análise sistemática dos Relatórios de Gestão encaminhados pelos entes subnacionais ao Ministério da Saúde já constatada em trabalhos de 2013 e 2014 permaneceu durante os exercícios seguintes e em 2018 especificamente.

Esta inexistência de análise sistemática dos RG combinada com a atuação segregada e fragmentada das Secretarias Finalísticas no processo de avaliação e monitoramento inviabiliza o processo de cotejamento das informações advindas desses dois instrumentos.

Por conseguinte, essas limitações do processo já mencionadas comprometem o caráter de retroalimentação e aprimoramento do ciclo das políticas públicas.

Tal fato restou-se cristalino com a confirmação da inexistência de documentos que compilem, organizem e avaliem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo.

Quanto ao item V - Perspectivas da infraestrutura tecnológica, observou-se um cenário de potencial melhora do quadro apontado nos parágrafos anteriores deste ponto, em função da existência da estratégia do Ministério da Saúde de incorporação digital

denominada DigiSUS, que envolve um conjunto de ações voltadas para qualificar a gestão da saúde através da Tecnologia de Comunicação e Informação, a serem implantadas em 2020.

Seu objetivo central é colaborar, por meio do uso das tecnologias de informação, para o aumento da qualidade e a ampliação do acesso à atenção à saúde, contribuindo para a qualificação das equipes de saúde e proporcionando maior eficácia e eficiência do fluxo de informações para apoio à decisão em saúde, a qual envolve informações clínicas, de vigilância em saúde, de promoção da saúde, de regulação, bem como de gestão.

Nesse contexto, indicou-se que o uso de tecnologia da informação, desvinculado da devida estruturação dos processos de trabalho mencionados neste ponto do Relatório, tem o condão de entregar resultados menos expressivos do que o potencial esperado.

Assim, para que esses benefícios potenciais do DigiSUS ultrapassem a mera digitalização dos dados, faz-se necessário que se vinculem as decisões a respeito desse projeto à definição prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação.

Em função dos achados aqui relatados, recomendou-se a reestruturação do processo de monitoramento e avaliação do SUS, compreendidos os aspectos orçamentário/financeiro, de resultados, de prestação de contas e de produtos voltados à tomada de decisão, avaliando a necessidade de formulação, pactuação e implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e a aplicabilidade da tecnologia da informação.

3. Avaliação do cumprimento parcial ou total pelo Ministério da Saúde das determinações e recomendações expedidas pelo TCU

Este item do Relatório atende à solicitação específica acordada entre as equipes técnicas do TCU e da CGU para que o órgão de controle interno avalie o atendimento das determinações e recomendações expedidas pelo TCU com determinação expressa para atuação do Órgão de Controle Interno.

Foi encontrado o Acórdão nº 1730/2017 – Plenário, por meio do qual o TCU determinou à CGU que *“encaminhe ao TCU o Relatório de Auditoria relativo à parceria para o desenvolvimento produtivo do medicamento Citrato de Sildenafil”*, o qual foi plenamente atendido por meio do encaminhamento do Relatório de Auditoria nº 201407974, através do Ofício nº 15600/2017/CGSAU/DS/SFC-CGU, em 11/09/2017. Adicionalmente, este assunto foi informado quando da execução da Ordem de Serviço nº 201800132, referente às contas da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do MS do exercício de 2017.

4. Avaliação do cumprimento das recomendações da CGU

Este ponto do relatório atende ao escopo definido em comum acordo entre a área técnica do TCU e da CGU e objetiva responder a duas questões de auditoria, quais sejam: 1) A Unidade Prestadora de Contas mantém uma rotina de acompanhamento e de

atendimento das recomendações emanadas pela CGU, e; 2) Existem recomendações pendentes de atendimento e que impactam a gestão da unidade?

A tabela a seguir contém a situação atual do estoque total das recomendações emanadas pela CGU às Secretarias Finalísticas e à Secretaria Executiva, exceto os Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde, conforme estrutura vigente no exercício de 2018 (Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016), agregadas por Unidade Gestora:

Tabela 1 - Estoque total de recomendações por UG.

Fonte: Consulta ao Sistema Monitor realizada em 31/05/2019.

Unidade Gestora	Recomendações Atendidas	Recomendações Canceladas	Recomendações Em Monitoramento
Secretaria Executiva	261	76	54
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	218	560	158
Secretaria de Gestão Participativa	21	20	26
Secretaria de Atenção à Saúde	239	347	312
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	322	28	85
Secretaria de Vigilância em Saúde	216	231	97
Secretaria Especial de Saúde Indígena	113	1	26
Total Geral	1390	1263	758

Focando-se apenas nas recomendações que tiveram alguma alteração em seu estado no período de 01/01/2018 e 03/06/2019 e que pertencem às Secretarias Finalísticas ou à Secretaria Executiva, tem-se o seguinte panorama:

Tabela 2 - Recomendações com alterações de estado no período de 01/01/2018 a 03/06/2019. Fonte: Consulta ao Sistema Monitor realizada em 03/06/2019.

Unidade Gestora	Atendida	Cancelada	Monitorando	Total Geral por UG
Secretaria de Atenção à Saúde	9	13	312	334
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos	0	53	158	211
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	30	2	85	117
Secretaria de Gestão Participativa	0	7	26	33
Secretaria de Vigilância em Saúde	15	55	97	167
Secretaria Especial de Saúde Indígena	14	0	26	40
Secretaria Executiva	9	0	54	63
Total Geral	77	130	758	965

Por meio da análise dos dados da Tabela 2, nota-se que as medidas adotadas pelo gestor foram suficientes para atender 8% das recomendações com encaminhamento.

Por outro lado, 13% das recomendações foram canceladas pela CGU, por diversos motivos, como, por exemplo, perda de objeto por alteração normativa subsequente.

Especificamente sobre o escopo relativo à avaliação e monitoramento das transferências fundo a fundo, tratado no item 2 deste Relatório, é importante destacar que a CGU já realizou em exercícios anteriores trabalhos relevantes de avaliação do presente instrumento, ora estruturado por política, ora por unidade organizacional, destacando-se os seguintes relatórios e achados:

(I) SAMU 192 (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº61, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/8831.pdf>):

- a. Ausência de verificação sistemática da manutenção, pelos entes federados, dos compromissos assumidos no momento da habilitação de Unidades do SAMU;
- b. Ausência de mecanismos de monitoramento dos prazos decorridos entre a distribuição das ambulâncias e as respectivas solicitações de habilitação;
- c. Falhas no monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde sobre a produção inserida pelas unidades do SAMU no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); e
- d. Insuficiência do Relatório de Gestão (RG) como instrumento de prestação de contas, tendo em vista que ele não contempla 24 informações acerca dos resultados alcançados por meio da execução financeira dos recursos do SAMU.

(II) CEAF (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 71, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/9691.pdf>): a. Constatou-se, em suma, que o monitoramento e controle realizado pelo MS junto às Secretarias Estaduais/Distrital de Saúde é incipiente ou ausente. Em que pese haver sistemas para o acompanhamento da execução da política/programa, tais ferramentas não eram utilizadas pela maioria dos estados. Os elementos identificados estão dispostos a seguir, cujas consequências poderiam ser o desabastecimento de medicamentos e a descontinuidade no tratamento dos beneficiários:

- a. Divergências no quantitativo de medicamentos encaminhados pelo MS e os recebidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde;
- b. Perda de medicamentos;
- c. Aquisições mal dimensionadas;
- d. Falhas na dispensação de medicamentos; e
- e. Aquisição de medicamentos com valores acima do preço máximo de venda do governo.

(III) Programa Mais Médicos (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 86, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11363.pdf>):

- a. Fragilidades nos controles internos quanto ao monitoramento dos critérios definidos nos processos de adesão de profissionais e de municípios para o Projeto; e
- b. Insuficiência dos mecanismos de monitoramento do funcionamento do Projeto, comprometendo a identificação e correção tempestiva de falhas em sua execução.

(IV) Política Nacional de Combate ao Câncer (relatório nº 201800131, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12239.pdf>):

- a. Falhas no monitoramento e avaliação da execução da política;
- b. Ausência de protagonismo do Ministério da Saúde no estabelecimento de prioridades relativas à execução da política.

Em relação aos trabalhos em questão, os quais reforçam as fragilidades sobre a temática de avaliação e monitoramento das transferências fundo a fundo, salienta-se que ainda há recomendações estruturantes que permanecem em monitoramento até que as providências sejam adotadas e/ou as falhas sejam sanadas.

A título exemplificativo, em relação ao SAMU, cuja responsabilidade de atendimento é da Secretaria de Atenção à Saúde, foram emitidas 20 recomendações estruturantes entre 2013 e 2016, das quais 30% foram atendidas, 65% estão pendentes de atendimento e 5% foi finalizado o monitoramento pelo controle interno.

Portanto, respondendo às questões de auditoria deste ponto do Relatório, opina-se no sentido de que o Ministério da Saúde não mantém uma rotina adequada de acompanhamento e atendimento das recomendações emanadas pela CGU, visto o baixo percentual de atendimento e que existem recomendações pendentes de atendimento que impactam a gestão do Ministério, como, por exemplo, aquelas estruturantes atinentes ao processo de avaliação e monitoramento das transferências fundo a fundo.

RECOMENDAÇÕES

Não houve recomendação emitida no âmbito do presente Relatório (nº 201900431), em função da existência de recomendações que abordam os fatos aqui relatados que estão sendo monitoradas por meio do Relatório nº 201801755, bem como dos Relatórios vinculados ao estoque de recomendações pendentes de atendimento tratado no item 4 deste Relatório.

CONCLUSÃO

Os exames realizados neste trabalho permitiram a obtenção de evidências que apontam para as seguintes conclusões, organizadas por item deste Relatório:

a. Avaliação da Conformidade das Peças

A prestação de contas apresentadas pelo Ministério contempla as peças obrigatórias definidas pelos normativos aplicáveis.

Em relação ao rol de responsáveis, todos estão foram apresentados no sistema E-contas, com apenas uma ressalva relacionada à coincidência de períodos de responsabilidade para dois ocupantes do cargo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o qual será corrigido diretamente no E-Contas pelo controle interno, quando da emissão do Relatório Final de Auditoria.

Em relação ao conteúdo e à forma do Relatório de Gestão, salienta-se que, em sua maior parte, as informações solicitadas pelo Tribunal foram apresentadas de modo parcial ou integral. Chama a atenção a ausência de informações que atendam aos itens 5. Gestão da tecnologia da informação e 6. Gestão de custos.

b. Avaliação dos instrumentos de monitoramento e avaliação da gestão do Ministério da Saúde no contexto das transferências fundo a fundo

Notou-se que as deficiências estruturais do processo de monitoramento e avaliação das TFF, tais como a baixa alimentação de sistemas de informação obrigatórios, a falta de atuação de unidades estratégicas para o processo, a ausência de análise sistemática dos documentos de prestação de contas e a inexistência de documentos que auxiliem a tomada de decisão em termos de eficiência e eficácia prejudicam tanto qualitativamente quanto quantitativamente as entregas das ações e serviços de saúde viabilizados pelas transferências fundo a fundo, as quais totalizaram mais de R\$ 75 bilhões em 2018.

As recomendações emitidas no Relatório nº 201801755 foram no sentido de reestruturação do processo de monitoramento e avaliação do SUS, compreendidos os aspectos orçamentário/financeiro, de resultados, de prestação de contas e de produtos voltados à tomada de decisão, avaliando a necessidade de formulação, pactuação e implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e a aplicabilidade da tecnologia da informação.

c. Avaliação do cumprimento parcial ou total pelo Ministério da Saúde das determinações e recomendações expedidas pelo TCU

Há apenas uma determinação do TCU direcionada à CGU que atendia aos critérios de pesquisa, qual seja, que “encaminhe ao TCU o Relatório de Auditoria relativo à parceria para o desenvolvimento produtivo do medicamento Citrato de Sildenafil” (Acórdão nº 1730/2017 – Plenário), a qual foi prontamente atendida ainda em 2017.

d. Avaliação do cumprimento das recomendações da CGU

As análises apontaram a existência de recomendações estruturantes que permanecem em monitoramento até que as providências sejam adotadas e/ou as falhas sejam sanadas para todas as unidades arroladas neste trabalho e baixo percentual de atendimento das recomendações.

Portanto, pode-se afirmar que o Ministério da Saúde não mantém uma rotina adequada de acompanhamento e atendimento das recomendações emanadas pela CGU.

ANEXOS

I – RELATÓRIO DE AUDITORIA Nº 201801755



CGU

Controladoria-Geral da União

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Secretaria Executiva - Ministério da Saúde

Exercício 2018

Controladoria-Geral da União - CGU
Secretaria Federal de Controle Interno

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO

Órgão: **MINISTERIO DA SAUDE**

Unidade Examinada: **Secretaria Executiva - Ministério da Saúde**

Município/UF: **Brasília/Distrito Federal**

Ordem de Serviço: **201801755**

Missão

Promover o aperfeiçoamento e a transparência da Gestão Pública, a prevenção e o combate à corrupção, com participação social, por meio da avaliação e controle das políticas públicas e da qualidade do gasto.

Avaliação dos Resultados da Gestão

Consiste na avaliação da gestão de órgãos e entidades da Administração Pública do Poder Executivo Federal por meio de um macroprocesso diretamente relacionado ao cumprimento da missão institucional da unidade avaliada.

QUAL FOI O TRABALHO REALIZADO PELA CGU?

O presente relatório contempla os resultados da avaliação dos instrumentos de monitoramento e avaliação próprios da gestão do Ministério da Saúde, relativos às transferências fundo a fundo.

A CGU abordou conceitos relativos à governança, gestão, controles internos e auditoria interna, a fim de identificar as atividades, os atores e as responsabilidades pelos processos em questão.

Além disso, trouxe elementos avaliativos referentes à auditoria interna do SUS e aos Conselhos de Saúde, visando construir uma visão mais abrangente e completa dos controles do SUS.

POR QUE A CGU REALIZOU ESSE TRABALHO?

Ao longo do tempo, a CGU vem realizando auditorias relacionadas ao tema monitoramento e avaliação, apresentando resultados, ora por políticas públicas de saúde, ora por unidades organizacionais do Ministério da Saúde.

Além disso, identificou-se que o processo das transferências fundo a fundo, além da alta materialidade (mais de R\$ 75 bilhões transferidos em 2018), possui caráter transversal ao envolver grande parte da estrutura organizacional do Ministério.

Assim, este trabalho buscou consolidar os esforços já empreendidos pela CGU e caracterizar, de forma global e abrangente, as atribuições de gestão próprias do Ministério da Saúde relacionadas ao monitoramento e avaliação, sob o contexto das transferências fundo a fundo.

QUAIS AS CONCLUSÕES ALCANÇADAS PELA CGU? QUAIS AS RECOMENDAÇÕES QUE DEVERÃO SER ADOTADAS?

As transferências fundo a fundo pressupõem um processo de gestão (planejamento, execução e prestação de contas) que envolve os três níveis do SUS (federal, estadual e municipal) e que deve estar submetido a controles de gestão e de governança.

Inicialmente, verificaram-se a inexistência de documentos de planejamento e de prestação de contas para mais de 30% dos municípios brasileiros e a baixa qualidade dos documentos apresentados pelos entes subnacionais ao Ministério da Saúde.

Observaram-se também limitações no processo de monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde, caracterizadas pela atuação segregada dos atores e pela falta de análise sistemática das prestações de contas pelas unidades do Ministério.

Ao mesmo tempo, foram identificadas limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e dos Conselhos de Saúde, materializadas pela baixa implementação dos componentes estaduais e municipais de auditoria do SUS, pela fragilidade na atuação do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e pelo quantitativo expressivo de Conselhos de Saúde em estágio inicial de governança.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ARG: Avaliação dos Resultados da Gestão

CF: Constituição Federal

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DAI: Departamento de Articulação Interfederativa

DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEMAS: Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DENASUS: Departamento Nacional de Auditoria do SUS

FNS: Fundo Nacional de Saúde

LOA: Lei Orçamentária Anual

MS: Ministério da Saúde

OGU: Orçamento Geral da União

PS: Plano de Saúde

PAS: Programação Anual de Saúde

PMS: Plano Municipal de Saúde

PNS: Plano Nacional de Saúde

PPA: Plano Plurianual

RG: Relatório de Gestão

SAS: Secretaria de Atenção à Saúde

SCTIE: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SE: Secretaria-Executiva

SIAFI: Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal

SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SNA: Sistema Nacional de Auditoria

SPO: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento

SUS: Sistema Único de Saúde

SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde

TCU: Tribunal de Contas da União

TFF: Transferências Fundo a Fundo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
RESULTADOS DOS EXAMES	8
1. Aspectos gerais sobre governança, gestão, controles internos e auditoria interna	8
1.1 Governança e Gestão	8
1.2 Controles Internos e Auditoria Interna	9
2. O fluxo das transferências fundo a fundo	12
3. Transferências fundo a fundo em desacordo com os critérios legais estabelecidos	18
4. Limitações no processo de monitoramento e avaliação	23
5. Perspectivas da infraestrutura tecnológica	29
6. Limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos Conselhos de Saúde	31
RECOMENDAÇÕES	35
CONCLUSÃO	36
ANEXOS	39
I – MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE EXAMINADA	39
II – ANÁLISE DA EQUIPE DE AUDITORIA	55

INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), ao definir o rol dos direitos sociais, incluiu a saúde como um dos seus elementos. Enquanto tema, a saúde, associada à previdência e à assistência social, compõe a seguridade social e constitui-se como um dos fatores que contribuem para a garantia da ordem social, que tem por primado o trabalho e, por objetivo, o bem-estar e a justiça sociais.

A saúde, de forma mais ampla, se destina a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. Para tanto, devem ser levados em consideração fatores que vão além da ausência de doenças, como, por exemplo, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer, entre outros.

Nesse sentido, a Constituição assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Entretanto, o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

As ações e serviços de saúde, definidos como de relevância pública, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS). O caráter público do SUS não exclui a participação, de forma complementar, da iniciativa privada no sistema, destacando-se a preferência pelas entidades filantrópicas e pelas sem fins lucrativos.

O SUS enquanto sistema se organiza com base em três diretrizes: (I) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde em níveis de complexidade crescente); (II) atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, o que pressupõe a universalidade de acesso e a igualdade e integralidade na assistência à saúde; bem como (III) participação da comunidade.

Em termos de competências, a CF/88 dispõe que cabe ao SUS, dentre outras, a execução de ações de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, a participação em ações relacionadas a saneamento básico, a fiscalização e a inspeção de alimentos e bebidas (inclusive o teor nutricional), o controle e a fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e a participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos. A fim de garantir exequibilidade a essas disposições, a Lei 8.080/90 (Lei de Organização do SUS) conferiu à União, aos estados, ao DF e aos municípios atribuições comuns (de caráter eminentemente gerencial) e competências específicas, voltadas ao funcionamento do Sistema.

Quando se trata de financiamento do SUS, a CF/88 atribui, a todos os entes, a obrigação da aplicação de recursos mínimos em saúde. No caso da União, os recursos financeiros a ela atribuídos, originários do Orçamento da Seguridade Social e de outras fontes, são administrados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Dentre outras destinações, a alocação de recursos do FNS para a cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal são repassados para Fundos de Saúde dos demais entes federados via transferências fundo a fundo (TFF). Em 2018, dos R\$ 131 bilhões destinados ao Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União (incluindo Administração Indireta), R\$ 122 bilhões foram alocados ao FNS, dos quais R\$ 75,9 bilhões foram transferidos via TFF.

Por se tratar de recursos públicos, o SUS está sujeito a controles institucionais (administrativos, parlamentares, judiciais e sociais), dos quais neste trabalho serão abordados os administrativos, sob a ótica das atividades de controles internos e de auditoria interna, bem como os sociais, sob a ótica de governança, no estabelecimento de diretrizes. Nesse sentido, serão abordados conceitos como gestão e governança, controles internos e auditoria interna, de forma a caracterizar as abordagens, formas e limites de atuação das funções/atividades, a fim de que se materialize o viés de controle na ótica das transferências fundo a fundo.

Assim, considerando o cenário exposto, o objetivo deste trabalho é avaliar os instrumentos de monitoramento e avaliação próprios da gestão do Ministério da Saúde, relativos às transferências fundo a fundo.

RESULTADOS DOS EXAMES

1. Aspectos gerais sobre governança, gestão, controles internos e auditoria interna

O Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui como instrumento de viabilização do direito à saúde, garantido pela Constituição Federal (CF/88). De forma a assegurar o acesso às ações e serviços de saúde de forma universal e integral, conta com uma rede composta por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, podendo, ainda, dispor da iniciativa privada de forma complementar. Essa rede precisa atuar de maneira integrada e coordenada, a fim de assistir à população, respeitadas as necessidades e particularidades locais. Nesse sentido, dada a sua complexidade, a discussão de temas como governança, gestão, controles internos e auditoria interna se faz necessária.

1.1 Governança e Gestão

Em se tratando de setor público, o Decreto nº 9.203/17, o qual dispõe sobre a política de governança da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, conceitua governança pública como o conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Na saúde, a governança possui como pontos centrais, segundo o Guia de Governança e Gestão em Saúde, publicado pelo TCU, o direcionamento estratégico, o monitoramento, a articulação do sistema, a coordenação entre o setor da saúde e setores diversos da saúde, a responsabilização, a transparência e o fortalecimento de incentivos.

Em termos nacionais, a governança pode ser exemplificada pela atuação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual se coloca como a instância máxima de deliberação do SUS, de caráter permanente e deliberativo, cuja missão é a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Conforme Decreto nº 5.839/2006, sua composição (48 membros) é paritária, sendo 50% de representantes de entidades e dos movimentos sociais de usuários do SUS e os outros 50% de representantes de entidades de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica da área de saúde, de representantes do governo, de entidades de prestadores de serviços de saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e de entidades empresariais com atividade na área de saúde.

Ainda de acordo com o Decreto nº 5.839/2006, compete ao CNS, dentre outras atribuições, estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (instrumento de planejamento da saúde), em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços, propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais, bem como atuar na formulação de estratégias, na elaboração de cronograma de transferências de recursos financeiros do SUS aos entes e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Assim, considerando as diretrizes estabelecidas pelo CNS, a gestão deve adotar medidas no sentido de dar-lhes a devida exequibilidade. Para tanto, exerce funções próprias de planejamento, execução, controle/verificação e ação corretiva (PDCA, em inglês). Isso significa que o gestor deve se ocupar de como fazer, ou seja, com os processos de trabalho necessários para dar consecução ao estabelecido pela governança. Nesse sentido, ações como o estabelecimento de normas técnicas, a participação na formulação de políticas de saúde, a elaboração dos instrumentos de planejamento (planos de saúde), a administração dos recursos orçamentários e financeiros, a execução das ações e serviços de saúde, bem como a definição das instâncias e mecanismos de controle, de avaliação e de fiscalização devem fazer parte do escopo da gestão. O exercício dessas atribuições, conforme a Lei nº 8.080/1990, cabe ao Ministério da Saúde, no âmbito da União, e às Secretarias de Saúde ou órgãos equivalentes, no âmbito de estados, Distrito Federal (DF) e municípios.

Outra fonte de consulta sobre o tema de governança no setor público é o Referencial Básico de Governança (RBG) do Tribunal de Contas da União (TCU). Segundo tal documento, governança e gestão estão correlacionadas. A governança, cuja função é garantir que as ações das organizações estejam alinhadas ao interesse público, por meio dos mecanismos de liderança, estratégia e controle, avalia, direciona e monitora as ações de gestão, a qual, concluído o ciclo (planejar, executar, controlar e agir), deve promover accountability, o que pressupõe a prestação de contas da sua atuação e a assunção da responsabilidade de seus atos. A figura a seguir ilustra, portanto, a interação entre governança e gestão.

Figura 1 – Interação entre Governança e Gestão



Fonte: RBG/TCU.

Como se observa, o controle, independente da denominação (monitoramento, controle, verificação, entre outras), faz parte da vida do Estado, seja na busca do interesse público de forma agregada (visão de governança), seja de forma particular, enquanto planejador/executor de políticas/programas específicos (visão de gestão).

1.2 Controles Internos e Auditoria Interna

O Constituinte entendeu que, conforme artigo 70 da Constituição Federal de 1988 (CF/88), a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade,

legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, será exercida pelo Congresso Nacional, com auxílio do TCU, mediante controle externo, e pelo sistema de controle interno de cada Poder.

Especificamente sobre o sistema de controle interno, o artigo 74 da CF/88 aduz que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistema de controle interno com a finalidade de, dentre outras, avaliar o cumprimento das metas previstas no plano plurianual, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União, assim como comprovar a legalidade e avaliar os resultados, quanto à eficácia e eficiência, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado.

No caso do Poder Executivo Federal, o sistema de controle interno, conforme Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 01/2016, compreende as atividades de avaliação do cumprimento das metas previstas no plano plurianual, da execução dos programas de governo e dos orçamentos da União e de avaliação da gestão dos administradores públicos federais, tendo como órgão central a Controladoria-Geral da União (CGU). Entretanto, cabe destacar que o sistema de controle interno não se confunde com as suas respectivas atividades: a de controles internos e a de auditoria interna.

A atividade de controles internos, ainda conforme a IN 01/2016, visa contribuir para a consecução dos objetivos estabelecidos pelo Poder Público. Atua, portanto, na identificação, na avaliação e no gerenciamento de riscos, a fim de mitigar a probabilidade de sua ocorrência ou o seu impacto sobre os objetivos organizacionais. Cabe lembrar também que esses controles internos devem integrar, de modo contínuo, as atividades, planos, ações, políticas, sistemas, recursos e esforços de todos os envolvidos do Poder Executivo federal. Portanto, os controles internos fazem parte do rol de atribuições designado aos agentes públicos responsáveis pela condução de atividades e tarefas, no âmbito dos macroprocessos finalísticos e de apoio.

Quanto à atividade auditoria interna, a Instrução Normativa nº 3/2017, da CGU, a define como sendo uma atividade independente e objetiva de avaliação e de consultoria, desenhada para adicionar valor e melhorar as operações de uma organização. Tem como propósito aumentar e proteger o valor organizacional das instituições públicas, fornecendo avaliação, assessoria e aconselhamento baseados em risco. Busca, portanto, auxiliar as organizações públicas a realizarem seus objetivos, a partir da aplicação de uma abordagem sistemática e disciplinada para avaliar e melhorar a eficácia dos processos de governança, de gerenciamento de riscos e de controles internos.

Essas atividades de controle (controles internos e auditoria interna) estão contempladas no modelo conhecido por Três Linhas de Defesa, proposto pelo Instituto de Auditores Internos (IIA), conforme figura a seguir:

Figura 2 – Modelo de Três Linhas de Defesa

Modelo de Três Linhas de Defesa



Adaptação da *Guidance on the 8th EU Company Law Directive* da ECIIA/FERMA, artigo 41

Fonte: documento “Declaração de Posicionamento do IIA: As Três Linhas de Defesa no Gerenciamento Eficaz de Riscos e Controles”.

À primeira linha, conforme documento do IIA, são atribuídas as funções que gerenciam e têm propriedade sobre os riscos, ou seja, a gerência operacional identifica, avalia, controla e mitiga os riscos, guiando o desenvolvimento e a implementação de políticas e procedimentos internos e garantindo que as atividades estejam de acordo com as metas e objetivos. Para a segunda linha, cabe a supervisão dos riscos (ainda considerada atribuição da gestão), ou seja, funções e/ou comitês de gerenciamento de riscos, de conformidade (normativos) e de controladoria (financeiro) são instituídos para garantir que a primeira linha de defesa seja apropriadamente desenvolvida e posta em prática e que opere conforme intencionado. Por fim, à terceira linha cabe o fornecimento de avaliações independentes, ou seja, considerando a independência não disponível nas primeiras linhas, a auditoria interna provê avaliações sobre a eficácia da governança, do gerenciamento de riscos e dos controles internos, incluindo a forma como a primeira e a segunda linhas de defesa alcançam os objetivos de gerenciamento de riscos e controle.

Assim, expostos os conceitos, a figura a seguir, extraída do RBG/TCU, ilustra de forma esquematizada o conteúdo apresentado:

Figura 3 – Relacionamento entre Governança e Gestão



Fonte: RBG/TCU.

Em suma, resta claro que os conceitos de governança, gestão, controles internos e auditoria interna estão correlacionados. O primeiro se refere à utilização dos mecanismos de liderança, estratégia e controle (sob a forma de avaliação, direcionamento e monitoramento) para garantir o alinhamento das ações de gestão com o interesse público. A gestão se encarrega de planejar, executar, controlar e agir corretivamente no sentido de dar exequibilidade às diretrizes estabelecidas pela governança. Entretanto, por se tratar de interesses e de recursos públicos, isso está sujeito a um viés de controle. Esse controle, sob a ótica do sistema de controle interno, é exercido pela atividade de controles internos (primeira e segunda linhas de defesa), cujo caráter é próprio de gestão, e pela atividade de auditoria interna (terceira linha de defesa), cujo caráter é de apoio à governança.

2. O fluxo das transferências fundo a fundo

Os temas de governança e gestão são complementares. O primeiro, conforme apontado no item anterior, se incumbe de garantir o alinhamento das ações de gestão com o interesse público, ou seja, por meio dos mecanismos de liderança, estratégia e controle, orienta/direciona as ações do gestor público (estabelece o que deve ser feito). Já o segundo se encarrega de dar exequibilidade ao proposto pela governança, exercendo

funções próprias de planejamento, execução, controle/verificação e ação corretiva (encarregando-se de como fazer).

No caso das políticas de saúde, o processo se inicia nas Conferências de Saúde (previstas no artigo 1º da Lei nº 8.142/90), as quais são espaços de representação de vários segmentos sociais, convocadas para reunirem-se a cada quatro anos, cuja função é avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Inicia-se, portanto, nos municípios, os quais definem propostas locais e designam representantes para as Conferências estaduais. Essas, por sua vez, consolidam as demandas municipais e definem sua proposta a ser discutida em âmbito nacional, por meio de seus representantes. Por fim, na Conferência Nacional de Saúde são debatidas as demandas do país, as quais serão consolidadas e constarão de uma proposta a ser encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CNS, conforme artigo 37 da Lei nº 8.080/90, se reúne e estabelece as diretrizes gerais para o Sistema Único de Saúde (SUS), as quais constarão da Política Nacional de Saúde, consubstanciada no Plano Nacional de Saúde, conforme ilustra a figura a seguir.

Figura 4 – Mecanismo de estabelecimento das diretrizes do SUS



Fonte: Elaboração própria.

Estabelecidas as diretrizes gerais, estados e municípios, por meio dos seus Conselhos de Saúde, estabelecem suas diretrizes prioritárias, as quais constituem Políticas e Planos de Saúde locais. O processo, entretanto, não se finda no Plano, considerando seu viés global (contém, dentre outros, a análise da situação de saúde, as diretrizes, os objetivos, as metas e os indicadores, bem como o monitoramento e a avaliação) e seu aspecto temporal (quatro anos). Nesse sentido, a Programação Anual de Saúde (PAS) operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde (PS), anualizando suas metas e prevendo a alocação dos recursos orçamentários a serem executados nas ações definidas pelo gestor. Isso deve se refletir na ótica de planejamento governamental, materializado, respectivamente, no Plano Plurianual (PPA) e na Lei Orçamentária Anual (LOA).

Assim, quando a Lei nº 8.080/90, no seu artigo 36, aduz que o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios,

dos estados, do DF e da União, ela se refere ao processo anteriormente descrito. Isso fica reforçado pela proposição do parágrafo 1º do mesmo artigo, o qual afirma serem os Planos de Saúde a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, sendo seu financiamento previsto na respectiva proposta orçamentária. Cabe destacar também que os conceitos aqui expostos se coadunam com o entendimento expresso na 5ª edição do livro “Sistema Único de Saúde”, de Lenir Santos e Guido Ivan de Carvalho.

Esse processo de planejamento e orçamento é tipicamente gerencial e não pode estar dissociado das diretrizes estabelecidas pela governança. Assim, tanto o Plano de Saúde como a Programação Anual de Saúde devem ser aprovadas pelo Conselho de Saúde. Nesse sentido, a partir da aprovação, o gestor passa a executar suas ações, dentro do seu escopo de atuação. Isso significa que, além das competências expressas pelos artigos 16 a 19 da Lei nº 8.080/90, é necessário investir um valor mínimo nas ações e serviços em saúde, cujos montantes são calculados com base em percentuais expressos no artigo 198, § 2º, incisos I, II e III da Constituição Federal de 1988 (CF/88) e nos artigos 5º a 8º da Lei Complementar nº 141/12.

Quando se considera a União, a forma mais relevante de aplicação dos recursos federais no SUS se dá por meio de transferências a estados e municípios, principalmente pelas Transferências Fundo a Fundo (TFF). As TFF são um mecanismo de repasse de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os fundos de saúde dos estados, DF e municípios, efetuados de forma regular (mensalmente, sem interrupções) e automática (dispensam a celebração de convênio ou instrumento congênere), visando à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos estados, DF e municípios. Dessa forma, ao agilizar o fluxo de repasse financeiro, a TFF objetiva garantir a prestação dos serviços de caráter continuado, destinando recursos à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde. Além disso, as TFF têm sido utilizadas para a transferência de recursos federais destinados a investimentos na rede de serviços do SUS.

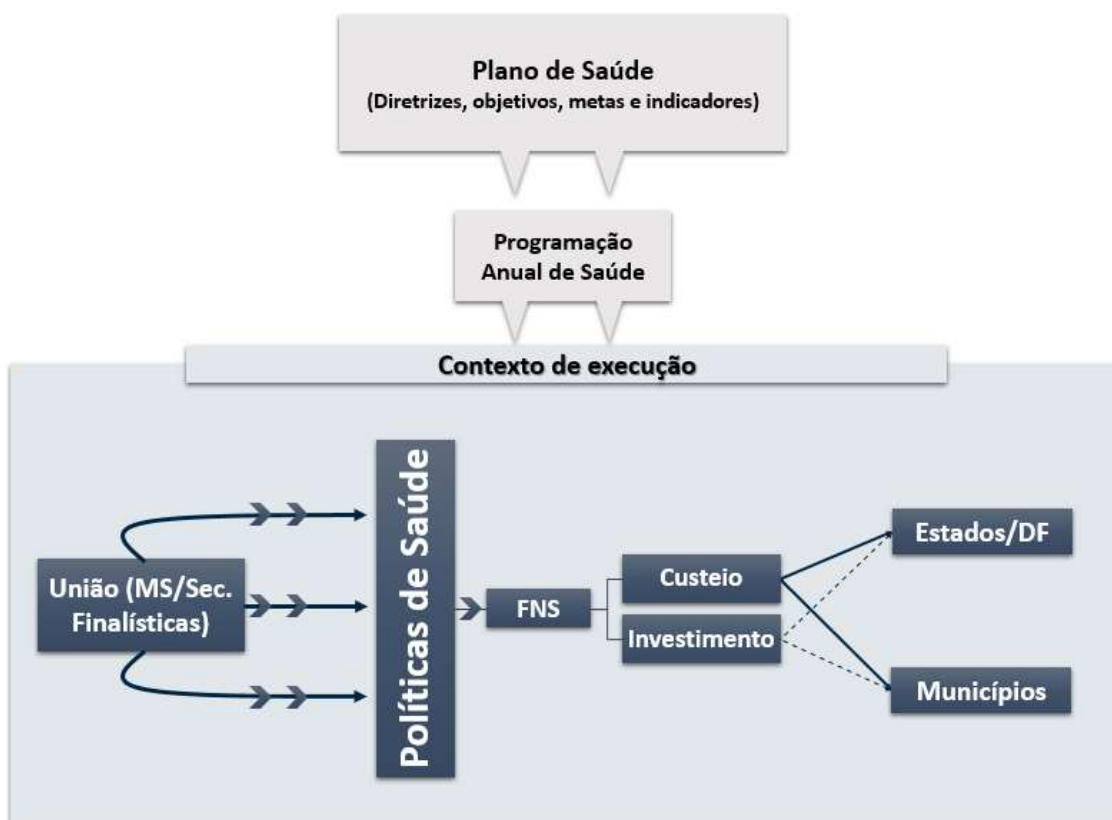
Para receberem recursos via TFF, estados, DF e municípios deverão contar com, dentre outros aspectos propostos pela Lei nº 8.142/90 e pela Lei Complementar nº 141/12, Conselho de Saúde (viés de governança, no sentido de direcionar as ações do gestor de saúde), plano de saúde, fundo de saúde – com contrapartida de recursos do respectivo orçamento – e relatórios de gestão (viés de gestão, sob a ótica de planejamento, execução de recursos e prestação de contas, respectivamente). Inclusive, há previsão de que os recursos a serem transferidos sejam administrados por estados ou pela União em caso de descumprimento dos requisitos pelos municípios ou pelos estados/DF, respectivamente. Essa previsão legislativa, portanto, propicia um instrumento que garanta a sua gestão eficiente.

Assim, além dos requisitos básicos citados, faz-se necessário que o Ministério da Saúde, enquanto direção do SUS no âmbito da União, analise os Planos de Saúde (artigo 36, § 2º da Lei nº 8.080/90) dos entes recebedores de recursos, a fim de constatar que há previsão de realização de ações com as quais a União contribui financeiramente, uma vez que é vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde. Além disso, conforme artigos 35 da Lei nº 8.080/90 e 17 da Lei Complementar nº 141/12, a definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde deve considerar, entre outros, as necessidades de saúde da

população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

A partir de então, as Secretarias Finalísticas do Ministério da Saúde, dentro de seus escopos de atuação (público-alvo, políticas públicas, objetivos, finalidade, entre outros quesitos) e considerando os aspectos legais autorizativos das transferências de recursos, encaminham à Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a relação dos entes e os respectivos valores a serem transferidos para os Fundos de Saúde locais. Até a publicação da Portaria nº 3.992/17, as transferências ocorriam em seis blocos de financiamento: (I) Atenção Básica; (II) Atenção de Média e Alta Complexidade; (III) Vigilância em Saúde; (IV) Assistência Farmacêutica; (V) Gestão do SUS; e (VI) Investimento. Atualmente, as transferências se dão em apenas dois blocos de financiamento: (I) Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e (II) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. Esse processo pode ser observado na figura a seguir.

Figura 5 – Processo de transferência de recursos fundo a fundo no SUS



Fonte: Elaboração própria

Cabe destacar que essas transferências aos Fundos de Saúde locais possuem duas vertentes: a orçamentária e a financeira. A orçamentária diz respeito às vinculações existentes no processo orçamentário, ou seja, o que o Poder Legislativo autorizou o Poder Executivo (propositor das peças orçamentárias) a executar em termos de recursos. Essa execução orçamentária precisa ser minimamente identificada, a ponto de se garantir a devida prestação de contas. A Portaria nº 3.992/17, inclusive, aduz que a aplicação dos recursos deverá observar a vinculação dos recursos, ao final do exercício financeiro, com a finalidade definida em cada programa de trabalho (função, subfunção,

programa, ação e localizador de gasto – itens da classificação orçamentária) do Orçamento Geral da União (OGU). Já a ótica financeira se refere propriamente ao recurso em espécie (moeda), o qual está vinculado à previsão orçamentária. Assim, respeitados os dois blocos atualmente existentes (custeio e investimento), o gestor público possui liberdade para gastar o recurso em espécie conforme suas necessidades, ainda que a obrigação de cumprir o programa de trabalho do OGU e de apresentar os resultados pactuados junto ao Conselho de Saúde permaneça.

Findado o exercício financeiro, os entes prestarão contas das ações e serviços realizados e dos recursos dispendidos na sua execução. Para isso, está previsto o Relatório de Gestão (RG), que, segundo o Manual de Planejamento do SUS, é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da PAS, apurados com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. O RG deve ser enviado até 30 de março do exercício financeiro seguinte para análise do respectivo Conselho de Saúde, o qual emitirá parecer conclusivo a respeito do documento. Seu conteúdo contempla, dentre outras, a rede física de saúde, os recursos humanos, as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, as metas da PAS previstas e executadas, a análise da execução orçamentária e as recomendações necessárias, incluindo eventuais redirecionamentos do Plano de Saúde.

É importante ressaltar que o viés de gestão (planejamento, execução de recursos e prestação de contas), caracterizado pela exigência legal de plano de saúde, de fundo de saúde e de relatórios de gestão, não exclui a realização do processo de monitoramento e avaliação. Isso fica claro pelo disposto no artigo 16, inciso XVII da Lei nº 8.080/90, o qual atribui competência à Direção Nacional do SUS (que cabe ao Ministério da Saúde) de acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais. Além disso, existe previsão na Lei Complementar nº 141/12, em especial, artigo 39, parágrafos 4º e 5º, e artigo 42.

No parágrafo quarto supracitado, o legislador faz distinção entre monitoramento e avaliação e prestação de contas. O processo de monitoramento e avaliação pressupõe frequência e continuidade. É ele que apontará ao gestor, por meio de indicadores (conforme sugere o legislador), o andamento das ações durante a execução das políticas públicas. Ao final do exercício financeiro, essas informações serão consolidadas sob a forma de Relatório de Gestão, o qual tem a função de retratar o período a que se refere.

Já o parágrafo quinto corrobora a importância desses processos, haja vista que, em caso de descumprimento da Lei, o Ministério da Saúde dará ciência ao sistema de controle previsto (direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação) para ações nos seus respectivos âmbitos de atuação. Isso, inclusive, contribui para dar exequibilidade ao previsto no artigo 52 da Lei nº 8.080/90, que aduz que, sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

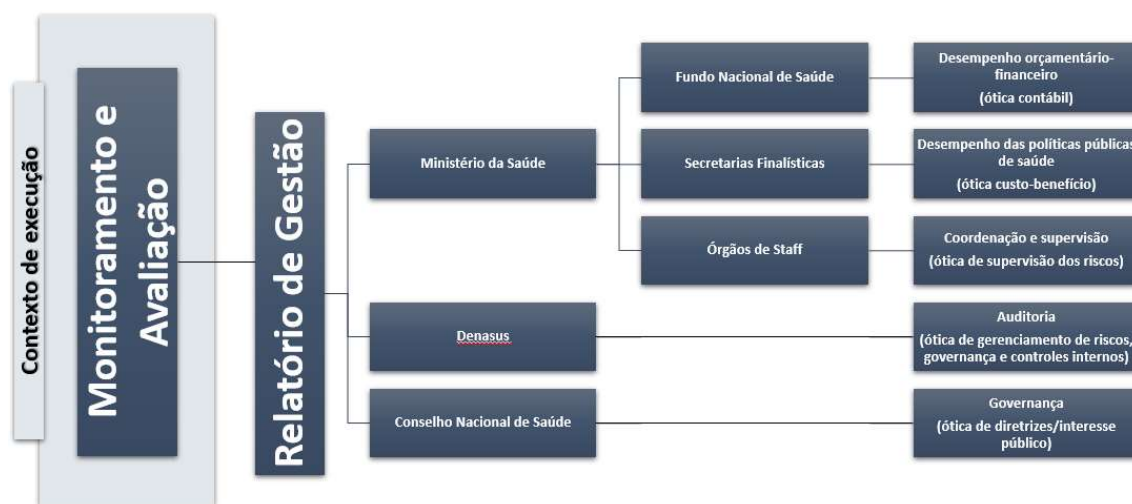
O artigo 42 impõe uma obrigação aos órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS de verificar o cumprimento do disposto na Lei Complementar nº 141/12, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de

Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde. Entretanto, isso não significa, necessariamente, verificar a integralidade dos documentos e dos entes federados. Isso fica corroborado no próprio artigo quando o legislador, ao prever o sistema de amostragem, induz a atuação do gestor proporcional à gravidade apontada por critérios, indicadores e informações decorrentes dos processos de monitoramento e avaliação e de prestação de contas. Cabe adicionar que a ação do gestor não traz prejuízo ao acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

Nesse sentido, por se tratar de recurso público, tanto a execução como a prestação de contas estão sujeitas a ações de controle de três dimensões distintas: no caso federal, do Ministério da Saúde, quando do monitoramento e avaliação, do Departamento de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus) e do Conselho Nacional de Saúde. Vale destacar que essa estrutura também se repete em estados, DF e municípios sob a forma de Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde, Componentes Estaduais/Municipais de Auditoria e Conselhos Estaduais/Municipais de Saúde.

Tal configuração se equivale à atuação das linhas de defesa proposta no item anterior (gestão do Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde como primeira e segunda linhas de defesa e Denasus/Componentes Estaduais/Municipais de Auditoria como terceira linha) e ao controle exercido pela governança (materializado pela atuação dos Conselhos de Saúde), respectivamente. Destaca-se que, ainda que este relatório apresente informações a respeito de unidades de entes subnacionais, o enfoque do trabalho diz respeito ao ente federal, em especial a gestão do Ministério da Saúde quanto aos processos de monitoramento e avaliação. A figura a seguir ilustra o processo descrito.

Figura 6 – Processo de monitoramento e avaliação



Fonte: Elaboração própria

Antes de tratar propriamente do tema, faz-se necessário destacar que o processo em questão sugere a realização, por parte do Ministério da Saúde, de quatro atividades: (I) monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro; (II) monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde; (III) verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão; (IV) geração de produtos voltados para a tomada de decisão. Tais ações se traduzem não só em elementos de conformidade, mas também em subsídios para a melhoria das políticas de

saúde, visto que os recursos podem ser melhor alocados/distribuídos e as políticas podem ser reformuladas e aprimoradas.

Assim, os itens subsequentes buscarão apresentar elementos que traduzem a forma de atuação do Ministério da Saúde sob os aspectos de monitoramento e avaliação, considerando elementos básicos (exigências legais), o conteúdo dos documentos (PS, PAS e RG, em especial), a atuação no monitoramento e na avaliação e os aspectos tecnológicos envolvidos.

3. Transferências fundo a fundo em desacordo com os critérios legais estabelecidos

Conforme visto no item anterior, a realização das transferências fundo a fundo (TFF) pressupõe a observância de determinados critérios. Dentre eles, segundo a Lei nº 8.142/90 e a Lei Complementar nº 141/12, há a instituição e funcionamento dos Conselhos e Fundos de Saúde, bem como a elaboração do Plano de Saúde (PS) e do Relatório de Gestão (RG). Especificamente quanto aos documentos (PS e RG), é possível acessá-los via sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos gestores, chamado Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS).

O SARGSUS, cuja obrigatoriedade de utilização consta no artigo 436 da Portaria de Consolidação GM/MS nº 1/17, fornece aos gestores do SUS uma ferramenta informatizada para facilitar a elaboração e envio do RG ao respectivo Conselho de Saúde, bem como dar publicidade às informações contidas e decorrentes desses mesmos Relatórios de Gestão. Ou seja, além da identificação do envio, o sistema propicia o acesso ao conteúdo dos documentos (PS e RG). Assim, primeiramente, relatar-se-á a questão da identificação do envio.

Por demanda da CGU, o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), vinculado à Secretaria-Executiva (SE) do Ministério da Saúde, apresentou dados relacionados aos Planos de Saúde e aos Relatórios de Gestão dos municípios, conforme sintetizado na tabela a seguir.

Tabela 1 – Dados do SARGSUS sobre os Planos de Saúde e Relatórios de Gestão

ESTADO	SITUAÇÃO DO PMS 2018 -2021		SEM RG 2017	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	PERCENTUAIS		
	Sim	Não			COM PMS	SEM PMS	SEM RG 2017
AC	6	5	11	22	27,27	22,73	50,00
AM	22	8	32	62	35,48	12,90	51,61
AP	3	3	10	16	18,75	18,75	62,50
PA	85	14	45	144	59,03	9,72	31,25
RO	32	8	12	52	61,54	15,38	23,08
RR	3	7	5	15	20,00	46,67	33,33
TO	103	21	15	139	74,10	15,11	10,79
REGIÃO NORTE	254	66	130	450	56,44	14,67	28,89
AL	90	12	0	102	88,24	11,76	0,00
BA	114	73	230	417	27,34	17,51	55,16
CE	118	26	40	184	64,13	14,13	21,74
MA	126	61	30	217	58,06	28,11	13,82
PB	192	30	1	223	86,10	13,45	0,45
PE	121	26	37	184	65,76	14,13	20,11
PI	110	29	85	224	49,11	12,95	37,95
RN	65	26	76	167	38,92	15,57	45,51
SE	46	17	12	75	61,33	22,67	16,00
REGIÃO NORDESTE	982	300	511	1.793	54,77	16,73	28,50
GO	231	14	1	246	93,90	5,69	0,41
MS	48	8	23	79	60,76	10,13	29,11
MT	91	30	20	141	64,54	21,28	14,18
REGIÃO CENTRO-OESTE	370	52	44	466	79,40	11,16	9,44
ES	49	18	11	78	62,82	23,08	14,10
MG	622	164	67	853	72,92	19,23	7,85
RJ	68	13	11	92	73,91	14,13	11,96
SP	483	87	75	645	74,88	13,49	11,63
REGIÃO SUDESTE	1.222	282	164	1.668	73,26	16,91	9,83
PR	372	13	14	399	93,23	3,26	3,51
RS	367	65	65	497	73,84	13,08	13,08
SC	233	50	12	295	78,98	16,95	4,07
REGIÃO SUL	972	128	91	1.191	81,61	10,75	7,64
BRASIL	3.800	828	940	5.568	68,25	14,87	16,88

Fonte: DAI/SE/MS, extraído do SARGSUS em 29/11/2018.

Antes de se iniciar a análise dos dados, é necessário destacar que o processo de planejamento (PS) pressupõe um processo de prestação de contas (RG), o qual retroalimentará o planejamento com informações. Nesse sentido, considerar-se-á que, aqueles municípios que não entregaram seus Relatórios de Gestão, também estarão contemplados na ótica da inexistência dos Planos de Saúde. Assim, 1.768 municípios não encaminharam os documentos – 828 municípios relativos ao PMS 2018-2021 e 940 referentes ao RG 2017 –, ou seja, aproximadamente 32% dos municípios brasileiros, os quais abrangem aproximadamente 65 milhões de habitantes, não cumprem o requisito básico da elaboração de Planos de Saúde e de Relatórios de Gestão.

A ausência desses documentos, entretanto, não significa tão somente o descumprimento de um requisito legal. A ótica de gestão (planejamento, execução e prestação de contas) resta prejudicada, haja vista que, sem planejamento (PS), a execução ocorre sem direcionamento e, sem prestação de contas (RG), há comprometimento da retroalimentação do planejamento, o que pode contribuir para o desalinhamento entre as ações propostas no plano do exercício seguinte e a real necessidade local em termos assistenciais e financeiros.

Cabe destacar que, entre 2013 e 2015, em auditorias realizadas pela CGU na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), na Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e no Fundo Nacional de Saúde (FNS), já havia sido apontada a transferência de recursos, ainda que constatada a ausência dos documentos exigidos, conforme se verifica a seguir:

- (I) Transferência de recursos do PAB-Fixo a municípios que não cumprem os condicionantes legais para recebimento de transferências fundo a fundo (relatório nº 201503379, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/7500.pdf>);
- (II) Transferências de recursos federais aos Estados e Municípios, no âmbito do Piso Fixo de Vigilância em Saúde, em desacordo com os critérios de repasse legais (relatório nº 201413350, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11814.pdf>);
- (III) Transferências de recursos federais aos Estados e Municípios, no âmbito do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, em desacordo com os critérios de repasse legais (relatório nº 201406164, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/6749.pdf>); e
- (IV) Ausência de observância dos elementos obrigatórios à instrução dos processos de pagamento das transferências fundo a fundo (relatório nº 201406322, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/6752.pdf>).

Em se tratando de conteúdo, a mera existência dos documentos – Plano de Saúde (PS) e Relatório de Gestão (RG) – não indica, necessariamente, que há clareza das diretrizes adotadas, da forma de atuação e dos resultados esperados dos entes federados. Nesse sentido, foram analisados os documentos de uma amostra de itens específicos (regiões do país e porte dos municípios), a fim de verificar se os instrumentos atendem ao que foi definido na legislação e possuem adequabilidade para subsidiar a gestão no âmbito do SUS.

Cabe destacar inicialmente que, considerando o aspecto temporal dos instrumentos (quatro anos para o PS e um ano para o RG), também foi avaliada a Programação Anual de Saúde (PAS), cuja função é anualizar as metas indicadas no Plano, sendo referência para a prestação de contas por parte do RG. Assim, as análises compreenderam os Planos de Saúde Municipais (PSM) do período de 2014 a 2017 e PAS e RG do exercício de 2017, todos extraídos do sistema SARGSUS.

Para os municípios analisados, foram encontrados problemas estruturais nos documentos, em especial nos municípios de pequeno porte (população inferior a vinte mil habitantes), que correspondem a cerca de 70% dos municípios brasileiros e abrangem cerca de 16% da população do país. Além da necessária vinculação entre os documentos, destacada anteriormente, utilizou-se como critério para avaliação as definições de diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações expressas no Manual de Planejamento em Saúde do Ministério da Saúde.

No que se refere aos Planos de Saúde (PS), foram identificados casos onde não há a indicação dos objetivos e diretrizes ou, quando fazem menção a esses pontos, não são claros o suficiente para expressar as políticas, os compromissos e as prioridades a serem executadas na gestão da saúde dos municípios. De forma exemplificativa, no município

de Araçá/MG (população de cerca de dois mil habitantes), não foram encontradas as diretrizes expressas no PS. Além disso, os objetivos, que deveriam expressar os resultados desejados, se confundem com ações próprias do município – construção da academia da saúde, construção do almoxarifado, melhoria no ambiente físico da Unidade Básica de Saúde.

Constatou-se também dificuldade de mensurabilidade e comparabilidade de metas, as quais deveriam expressar a medida de alcance do objetivo, e de indicadores, constituídos de um conjunto de parâmetros que permite identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. No município de Catanduvas/PR (população de cerca de dez mil habitantes), foram encontradas metas que podem ser caracterizadas como objetivos, tais como “iniciar atividades na Unidade de Saúde Alto alegre”, “ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde” e “realizar monitoramento de produtos sujeitos a controle da Vigilância Sanitária”. Os indicadores associados a essas metas são, respectivamente, “atendimento na unidade”, “número de atendimento e ações aos usuários com doenças crônicas” e “inspecionar produtos de acordo com orientações da regional de saúde”, os quais não são suficientes para atender aos requisitos de identificação, mensuração, acompanhamento e comunicação da ação proposta.

No quesito monitoramento e avaliação, embora faça parte da estrutura mínima do Plano, foram identificados casos em que as informações são descritivas a respeito da definição conceitual de monitoramento e avaliação. A fim de se exemplificar, o capítulo de monitoramento do PS do município de Boa Vista/RR (população de cerca de 375 mil habitantes) expressa apenas os conceitos e definições do processo, indicando os instrumentos necessários (PS, PAS e RG) e suas respectivas funções. Assim, ainda que as informações estejam aderentes à teoria, não se consegue materializar quais ações próprias do município podem ser esperadas no processo de monitoramento e avaliação. Cabe destacar também que, embora fosse esperada a menção à imigração venezuelana no PS do município, cujos riscos e reflexos na saúde já vinham sendo apontados pela mídia desde 2016 (<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2016/11/1833815-invasao-de-venezuelanos-fugindo-de-crise-no-pais-gera-caos-em-roraima.shtml>) e <https://folhabv.com.br/noticia/Risco-de-caos-na-saude-publica-e-iminente/27606>), não foram encontradas tais referências.

A respeito da Programação Anual da Saúde (PAS), observaram-se problemas conceituais na apresentação do documento, o que prejudicou a correlação esperada em relação aos demais instrumentos, por meio das diretrizes, objetivos, metas e indicadores. Em termos exemplificativos, pode-se citar o documento do município de Feira de Santana/BA (população de cerca de 600 mil habitantes), que não apresenta indicadores e expõe o que o município entende por ações – dentre elas, o “aumento em 10% as quotas de procedimentos de média e alta complexidade”, “aumentar para 47 % o percentual de parto normal”, “reduzir em 10 % a mortalidade infantil”. Observa-se, entretanto, que os exemplos citados se caracterizam como metas.

A respeito do Relatório de Gestão (RG), observaram-se casos nos quais o conteúdo mínimo não foi respeitado, pois, além de falhas (ausência) quanto ao preenchimento das informações, a correlação esperada dos instrumentos, por meio das diretrizes, objetivos, metas e indicadores, restou prejudicada pelas divergências desses itens. No

município de Rio Quente/GO (população de cerca de quatro mil habitantes), por exemplo, o resultado dos indicadores listados não foi preenchido. Já no município de Araçá/MG, os indicadores elencados na PAS não são os mesmos indicados no RG, não sendo possível aferir se o que foi proposto na PAS se efetivou de fato, conforme se observa no quadro a seguir:

Quadro 1 – Indicadores da PAS e do RG 2017 do Município de Araçá/MG

PAS 2017	RG 2017
Quantidade de equipe Saúde Bucal - 1 Equipe	Número de óbitos prematuros (de 30 a 69 anos) pelo conjunto das 4 principais DNCT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)
Número de Agentes Comunitários de Saúde	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) investigados
Equipe de Estratégia Saúde da Família	Proporção de registro de óbitos com causa básica definida
Frota de veículos da saúde	Proporção de vacinas selecionadas do CNV para crianças < 2 anos – Pentavalente (3ª dose), Pneumocócica 10-Valente (2ª), Poliomielite (3ª) e Tríplice Viral (1ª) – com cobertura vacinal preconizada
Número de convênios assinados	Proporção de casos de Doenças de Notificação Compulsória Imediata (DNCI) encerradas em até 60 dias após notificação
Números de atendimentos necessários	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes
Números de Atendimentos ao Município	Número de casos autóctones de malária
Quantidade suficiente - 1 Unidade Básica de Saúde	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de um ano de idade
Quantidade suficiente - 1 Farmácia	Número de casos novos de aids em menores de 5 anos
Quantitativo de insumos distribuídos	Proporção de análises realizadas em amostras de água para consumo humano quanto aos parâmetros coliformes totais, cloro residual livre e turbidez
Número de atividades de vigilância sanitária realizadas	Razão de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos na população residente de determinado local e a população da mesma faixa etária
Número de atividades de vigilância epidemiológica realizadas	Razão de exames de mamografia de rastreamento realizados em mulheres de 50 a 69 anos na população residente de determinado local e população da mesma faixa etária
Número de atividades de vigilância alimentar realizadas	Proporção de parto normal no SUS e na saúde suplementar
-	Proporção de gravidez na adolescência entre as faixas etárias 10 a 19 anos
-	Taxa de mortalidade infantil
-	Número de óbitos maternos em determinado período e local de residência
-	Cobertura populacional estimada pelas equipes de atenção básica
-	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família
-	Cobertura populacional estimada de saúde bucal na atenção básica
-	Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de vigilância sanitária, consideradas necessárias a todos os municípios
-	Ações de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de atenção básica
-	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue
-	Proporção de preenchimento do campo "ocupação" nas notificações de agravos relacionados ao trabalho

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SARGSUS (extração em 15/10/2018).

Ante o exposto, verifica-se que mais de 30% dos municípios descumpriram os critérios legais estabelecidos para o recebimento de recursos federais na modalidade fundo a fundo. Apesar disso, o Ministério da Saúde transferiu, no exercício de 2018, aproximadamente R\$ 14 bilhões aos municípios que não cumprem tais condicionantes. Ademais, os documentos analisados pela CGU neste trabalho apresentaram óbices estruturais. Isso significa comprometimento do pressuposto de gestão compartilhada do SUS, haja vista que, sem planejamento (PS), a execução ocorre sem o devido direcionamento e, sem prestação de contas (RG), há comprometimento da retroalimentação do planejamento, o que pode contribuir para o desalinhamento entre as ações propostas no plano do exercício seguinte e a real necessidade local em termos assistenciais e financeiros.

4. Limitações no processo de monitoramento e avaliação

O processo de monitoramento e avaliação, conforme apontado no item 2.2 deste relatório, sugere a realização de quatro atividades : (I) monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro; (II) monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde; (III) verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão; (IV) geração de produtos voltados para a tomada de decisão. Considerando as fragilidades apontadas no item anterior, a respeito do descumprimento dos requisitos básicos e das falhas estruturais nos documentos analisados no estudo de caso realizado, com repercussões financeiras e na gestão compartilhada do SUS, iniciam-se os apontamentos relativos a trabalhos recentes realizados pela CGU que abordam os processos de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde (MS).

Entre 2016 e 2018, foram realizadas, pela CGU, avaliações em políticas/programas específicos do Ministério, envolvendo os assuntos de monitoramento e avaliação. Foram abordados o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) – que cuida do financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos de alto custo do SUS –, o Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Combate ao Câncer, nas quais foram encontradas, por exemplo:

- (I) SAMU 192 (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 61, encontrado no endereço:
<https://auditoria.cgu.gov.br/download/8831.pdf>):
 - a. Ausência de verificação sistemática da manutenção, pelos entes federados, dos compromissos assumidos no momento da habilitação de Unidades do SAMU;
 - b. Ausência de mecanismos de monitoramento dos prazos decorridos entre a distribuição das ambulâncias e as respectivas solicitações de habilitação;
 - c. Falhas no monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde sobre a produção inserida pelas unidades do SAMU no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA); e
 - d. Insuficiência do Relatório de Gestão (RG) como instrumento de prestação de contas, tendo em vista que ele não contempla

informações acerca dos resultados alcançados por meio da execução financeira dos recursos do SAMU.

- (II) CEAF (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 71, encontrado no endereço:

<https://auditoria.cgu.gov.br/download/9691.pdf>):

- a. Constatou-se, em suma, que o monitoramento e controle realizado pelo MS junto às Secretarias Estaduais/Distrital de Saúde é incipiente ou ausente. Em que pese haver sistemas para o acompanhamento da execução da política/programa, tais ferramentas não eram utilizadas pela maioria dos estados. Os elementos identificados estão dispostos a seguir, cujas consequências poderiam ser o desabastecimento de medicamentos e a descontinuidade no tratamento dos beneficiários:
- i. Divergências no quantitativo de medicamentos encaminhados pelo MS e os recebidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde;
 - ii. Perda de medicamentos;
 - iii. Aquisições mal dimensionadas;
 - iv. Falhas na dispensação de medicamentos; e
 - v. Aquisição de medicamentos com valores acima do preço máximo de venda do governo.

- (III) Programa Mais Médicos (Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 86, encontrado no endereço:

<https://auditoria.cgu.gov.br/download/11363.pdf>):

- a. Fragilidades nos controles internos quanto ao monitoramento dos critérios definidos nos processos de adesão de profissionais e de municípios para o Projeto; e
- b. Insuficiência dos mecanismos de monitoramento do funcionamento do Projeto, comprometendo a identificação e correção tempestiva de falhas em sua execução.

- (IV) Política Nacional de Combate ao Câncer (relatório nº 201800131, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/12239.pdf>):

- a. Falhas no monitoramento e avaliação da execução da política;
- b. Ausência de protagonismo do Ministério da Saúde no estabelecimento de prioridades relativas à execução da política.

Na mesma linha, entre 2013 e 2014, a CGU, em auditorias realizadas na Secretaria-Executiva, na Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), já apontava falhas no processo, como as que se seguem:

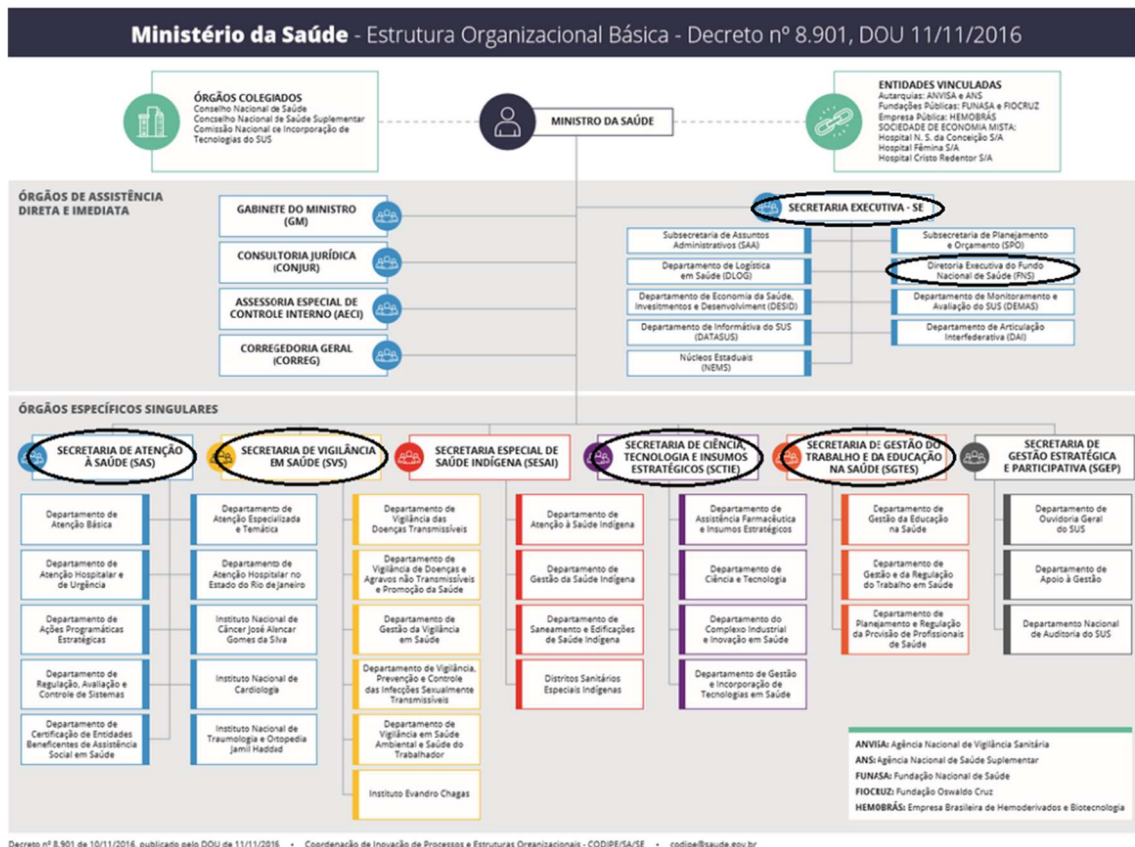
- (I) Ausência de análise gerencial sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão dos demais entes federativos, pelas Secretarias integrantes do Ministério da Saúde, para fins de comprovação da regular aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo (relatório nº 201305776, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/3084.pdf>);
- (II) Ausência de análise gerencial sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão dos demais entes federativos com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a

tomada de decisões na área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo Denasus (relatório nº 201406164, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/6749.pdf>);

- (III) Ausência de análise gerencial sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão dos demais entes federativos com vistas a identificar situações que possam subsidiar a atualização das políticas de saúde, obter informações para a tomada de decisões na área de competência e indicar a realização de auditoria e fiscalização pelo Denasus (relatório nº 201413350, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11814.pdf>).

Assim, como se pode observar, a CGU já realizou avaliações a respeito de monitoramento e avaliação, ora por políticas/programas de saúde, ora por unidades do Ministério, constatando falhas de gestão e impactos sobre as políticas públicas de saúde. Além disso, os exemplos citados representam grande parte da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, conforme se pode ver na figura a seguir. Destaca-se que, embora o Programa Mais Médicos, sob gestão da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), não seja executado mediante transferências de recursos fundo a fundo, as demais Secretarias apontadas são responsáveis por mais de 90% das TFF.

Figura 7 – Representação das unidades do MS para os quais a CGU realizou trabalhos recentes sobre o tema de monitoramento e avaliação



Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/aceso-a-informacao/institucional>, com marcações da CGU.

Considerados os achados anteriores, inicia-se a avaliação a respeito do monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro. A Lei Complementar nº 141/12,

no seu artigo 39, parágrafo primeiro, inciso I, determina que, durante a execução dos recursos, é obrigatória a alimentação bimestral do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), para, dentre outras finalidades, aferir o percentual mínimo aplicado em saúde pelos estados, DF e municípios. Além disso, conforme arts. 8º e 10º do Decreto nº 3.964/01, o FNS integra o Sistema Nacional de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde, devendo proceder ao acompanhamento, ao controle e à avaliação de todos os recursos transferidos ao SUS, considerando os seus aspectos técnicos-científicos, contábeis, financeiros e patrimoniais.

Assim, quanto à alimentação do SIOPS, grande parte dos municípios brasileiros não a realiza de forma tempestiva – mais de 36% não encaminharam as informações do primeiro bimestre, cuja data-limite era 30/03/2018. Assim, com base em extração do sistema, a tabela a seguir apresenta a situação de entrega das informações pelos municípios:

Tabela 2 – Situação da alimentação do SIOPS pelos Municípios

Bimestre 2018	Data-limite para entrega	Quantidade entregue	Quantidade não entregue	% Não entregue
1º bimestre	30/03/18	3.528	2.040	36,6
2º bimestre	30/05/18	3.320	2.248	40,4
3º bimestre	30/07/18	3.126	2.442	43,9
4º bimestre	30/09/18	2.955	2.613	46,9
5º bimestre	30/11/18	2.665	2.903	52,1
6º bimestre	30/01/19	0	5.568	100,0

Fonte: Elaboração própria, com base em dados do SIOPS (extração em 31/01/2019).

Além disso, o Fundo Nacional de Saúde informou que não atua no processo por entender que sua competência se esgota com a transferência do recurso. Destaca-se, entretanto, que esse posicionamento vai de encontro às determinações previstas no Decreto nº 3.964/01 e ao documento “Cadeia de Valor”, publicado no sítio do FNS na internet, o qual dispõe um processo de “Analisar contas” dentro do escopo de “Acompanhamento e Prestação de Contas de Investimento e Custeio”, conforme se verifica a seguir.

Figura 8 – Cadeia de Valor do Fundo Nacional de Saúde (FNS)



Fonte: <http://portalfns.saude.gov.br/images/institucional/Cadeia-de-Valor---FNS-2017.pdf>, com marcações da CGU.

Nesse sentido, a falta de preenchimento do SIOPS, o qual é obrigatório, e a falta de atuação por parte do FNS inviabiliza o processo previsto, em especial, nos artigos 39, parágrafos quarto e quinto, e 42 da Lei Complementar nº 141/12 - monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro. Isso, além de implicar a suspensão das transferências voluntárias, conforme consta do parágrafo sexto do artigo 39 da Lei Complementar supracitada, inviabiliza a aferição da aplicação mínima em saúde exigida na Constituição e a garantia de regularidade da aplicação dos recursos.

No que diz respeito ao monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde, além das previsões legais (Lei nº 8.080/90, art. 15, inciso I e Lei Complementar nº 141/12, art. 39, §4º), o Regimento Interno do Ministério da Saúde (RI), aprovado pela Portaria nº 1.419/17, aduz que essas ações cabem ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), às Secretarias do Ministério da Saúde e aos Diretores de Programa – Anexo III, artigo 147; Anexo XIV, artigo 2º e 14; e Anexo XIV, artigo 4º, respectivamente.

De forma resumida, compete ao DEMAS, unidade vinculada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, dentre outras, a coordenação da formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, a articulação e a integração de ações de monitoramento e avaliação realizadas no âmbito do MS, a participação da coordenação do processo colegiado de monitoramento, avaliação e gestão das informações do SUS, bem como a sistematização e disseminação de informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS. Às Secretarias do Ministério da Saúde, em sua área de atuação, cabe exercer o controle primário e finalístico de seus programas no que se refere ao monitoramento, regulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde financiados com os recursos repassados pela União. Por fim, aos Diretores de Programa compete planejar, coordenar, monitorar e avaliar o desenvolvimento e a execução de programas e ações estratégicas no âmbito da Secretaria.

Quanto à atuação do DEMAS, ainda não há uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS) formalizada. Tal política encontra-se em formulação por um Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 1.535, de 16 de junho de 2017, o qual inclui, além de diversas Secretarias do MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA). Conforme consta do portal do MS na internet, essa política pretende institucionalizar e consolidar práticas de monitoramento e avaliação como parte da rotina dos atores do SUS, visando responder questões relativas à eficiência, eficácia e efetividade no uso dos recursos públicos, melhorias de gestão e aperfeiçoamento de políticas, programas e ações, por exemplo. Ainda de acordo com o sítio do Ministério na internet, a previsão era de que o documento resultante da formulação da PNMA-SUS fosse finalizado em junho de 2018. Entretanto, conforme informado pelo Ministério, a ação encontra-se em atraso em função das sucessivas mudanças de gestão ao longo do ano de 2018.

Em relação às demais unidades do Ministério da Saúde, o MS informou que tais processos se dão por meio do Sistema e-Car, gerido pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). O sistema se propõe a auxiliar o monitoramento de metas da gestão pelo Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde, o que denota relação entre o Ministério e o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de

Saúde, respectivamente. Entretanto, essa relação não faz parte do escopo deste trabalho, haja vista que o objeto selecionado para avaliação neste trabalho diz respeito à relação entre o Ministério e os entes subnacionais. Sob esse aspecto, a Unidade reforçou o entendimento da CGU, ao caracterizar sua atuação como incipiente.

De forma complementar, a Secretaria-Executiva do MS informou ter questionado as Secretarias Finalísticas sobre os seus processos de monitoramento e de avaliação de políticas/programas de saúde. De forma resumida, as Secretarias trabalham de forma individualizada, considerando as particularidades das políticas/programas de saúde sob sua responsabilidade, utilizando-se de sistemas de informação próprios, com formas de atuação em caso de descumprimento de metas e condicionantes geralmente atreladas à suspensão do repasse/incentivo e à desabilitação do serviço. Assim, o fato de o DEMAS não desempenhar a função centralizadora que lhe cabe no contexto do SUS, em especial na relação com os entes subnacionais (cujos elementos são essenciais para a relação entre o Ministério e o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de Saúde), associado ao desconhecimento pelo Departamento da atuação segregada das Secretarias Finalísticas aponta para falta de unidade do processo e implica falha no monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde.

Ainda a respeito do tema, cabe comentar a iniciativa denominada Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), disposta no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 3/2017, sob coordenação-geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que possui como objetivos, dentre outros, estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, contribuir para a compreensão do quadro sanitário brasileiro e fomentar uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS. Segundo sítio na internet, sua última publicação data de 2012, dispondo de indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco e proteção, de recursos e cobertura.

No que diz respeito à verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão, a qual pressupõe o cotejamento entre as informações obtidas pelo monitoramento e avaliação e os Relatórios de Gestão (RG) a fim de se verificar, pelo sistema de amostragem, a sua veracidade e o alcance de resultado (ênfase presencial), conforme se depreende do artigo 42 da Lei Complementar nº 141/12, as Secretarias Finalísticas e o Fundo Nacional de Saúde informaram que a ausência de análise sistemática dos Relatórios de Gestão (RG), já apontada pela CGU nas auditorias realizadas entre 2013 e 2014 citadas anteriormente, permanece, caracterizando o SARGSUS como um repositório de arquivos do tipo “.pdf”. Portanto, isso inviabiliza o cotejamento das informações dispostas nesses Relatórios com os dados apurados no processo de monitoramento e avaliação.

No que diz respeito à geração de produtos voltados para a tomada de decisão – documentos que compilem, organizem e avaliem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo, trazendo elementos aos tomadores de decisão a respeito da eficiência e eficácia das políticas, abrindo oportunidade para o seu aprimoramento e retroalimentando o processo de planejamento –, o comprometimento das etapas anteriores prejudica a sua execução. Além disso, os documentos apresentados pelo Ministério têm caráter de prestação de contas da sua atuação ou contribuem para sua confecção (Relatório Quadrimestral de

Prestação de Contas, Relatório Anual de Gestão, Prestação de Contas da Presidência da República, avaliação das metas pactuadas no PPA, por exemplo), o que não faz parte do escopo do relatório, conforme destacado anteriormente. Nesse sentido, fica caracterizada a inexistência de documentos que compilem, organizem e avaliem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo, a fim de proporcionar elementos aos tomadores de decisão a respeito da eficiência e eficácia das políticas.

Ante o exposto, não há que se falar em monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro dos recursos transferidos, haja vista a ausência de alimentação do SIOPS por parte dos municípios brasileiros e a falta de atuação por parte do FNS no processo, inviabilizando, por exemplo, a aferição da aplicação mínima em saúde exigida na Constituição e a garantia de regularidade da aplicação dos recursos. Além disso, constatou-se que o DEMAS não desempenha a função centralizadora que lhe cabe no contexto do SUS, em especial na relação com os entes subnacionais (cujos elementos são essenciais para a relação entre o Ministério e o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de Saúde), corroborado pelo desconhecimento por parte do Departamento das práticas adotadas pelas Secretarias Finalísticas. Essas, por sua vez, atuam segregadamente, isto é, não há definição de princípios, diretrizes, objetivos e responsabilidades dos atores que garantam unidade no processo de monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde. Ademais, a verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão (RG) resta prejudicada pela manutenção da ausência de análise sistemática dos RGs, já apontada pela CGU nas auditorias realizadas entre 2013 e 2014. Por fim, não foram encontrados documentos cuja função seria levantar elementos de eficiência e eficácia das políticas públicas de saúde visando o seu aprimoramento e a retroalimentação do processo de planejamento. Cabe destacar também que os apontamentos aqui realizados já foram tratados em artigos acadêmicos, como “Gestão do SUS e sua interface com processos e práticas de monitoramento e avaliação: Fazendo o caminho na caminhada” (Carvalho, A.L.B. et al.).

5. Perspectivas da infraestrutura tecnológica

Conforme destacado no item 2.2 deste relatório, além dos pontos já elencados – aspectos básicos (exigências legais), conteúdo dos Planos de Saúde, Programações Anuais de Saúde e Relatórios de Gestão e atuação do Ministério da Saúde (MS) quanto ao processo de monitoramento e avaliação –, faz-se necessário entender como os recursos tecnológicos estão sendo empregados nas ações de saúde, bem como as perspectivas em termos de desenvolvimento de novas ferramentas e funcionalidades.

Inicialmente, faz-se necessário dizer que o Ministério possui, em sua estrutura, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Dentre as competências expressas no Regimento Interno do MS, cabe ao Departamento, por exemplo, desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações para ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde. Sua atuação, entretanto, não fica adstrita apenas ao Ministério, competindo-lhe também apoiar os estados, DF e os municípios na informatização das atividades do SUS.

Como pôde ser visto nos itens anteriores deste relatório, o SARGSUS, considerado a principal ferramenta de acompanhamento da gestão da saúde pelo DATASUS (conforme sítio do Departamento na internet), não é utilizado pelo gestor federal para monitorar e avaliar a execução dos recursos federais transferidos, haja vista sua estrutura se prestar à anexação dos arquivos de planejamento e prestação de contas dos entes federados, bem como o próprio Ministério não proceder à análise sistemática dos documentos em questão.

Considerando a oportunidade de melhoria dos próprios processos tecnológicos, o Ministério da Saúde identificou um modelo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da União Internacional de Telecomunicações (UIT), chamado National e-Health Strategy Toolkit, cuja proposta reflete o impacto da tecnologia da informação sobre os cuidados de saúde e sobre a eficiência e responsividade dos sistemas de saúde às necessidades e expectativas da população. Ao adaptá-lo à realidade nacional, nomeou a estratégia de DigiSUS.

O DigiSUS é uma estratégia do Ministério da Saúde de incorporação digital, que envolve um conjunto de ações voltadas para qualificar a gestão da saúde através da Tecnologia de Comunicação e Informação. Sua previsão de implantação é para 2020. Conforme documento “Estratégia e-Saúde para o Brasil”, seu objetivo é colaborar, por meio do uso das tecnologias de informação, para o aumento da qualidade e a ampliação do acesso à atenção à saúde, contribuindo para a qualificação das equipes de saúde e proporcionando maior eficácia e eficiência do fluxo de informações para apoio à decisão em saúde, a qual envolve informações clínicas, de vigilância em saúde, de promoção da saúde, de regulação, bem como de gestão.

Para tanto, estão planejadas nove ações estratégicas, conforme figura a seguir:

Figura 8 – Ações estratégicas previstas para o DigiSUS



Fonte: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/14/apresentacao-estrategia-himss.pdf>

O que está previsto em termos de arquitetura da estratégia é a criação de quatro repositórios/bases de dados, geridas pelo Ministério da Saúde, na forma a seguir:

- (I) Base de identificação: formada pelo Cartão Nacional de Saúde – documento de identificação do usuário do SUS – e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – cadastro dos estabelecimentos (públicos, privados ou conveniados) que realizem serviços de atenção à saúde no Brasil –, na qual constarão as informações administrativas dos usuários, dos profissionais e dos estabelecimentos de saúde;
- (II) Registro Eletrônico de Saúde: nele constará o histórico médico do paciente, sendo premissa para seu funcionamento a utilização do prontuário eletrônico pelas Unidades de Saúde;
- (III) Repositório Nacional de Terminologias: se propõe a padronizar a terminologia utilizada na saúde por meio de um conjunto de normas; e
- (IV) Bases Nacionais de Informações em Saúde: serão responsáveis por alimentar três desdobramentos dessa arquitetura:
 - a. DigiSUS Gestor: ambiente de disseminação de informações para tomada de decisão e planejamento. Substituirá o SARGSUS (sistema vigente de encaminhamento dos Planos de Saúde, das Programações Anuais de Saúde e dos Relatórios de Gestão);
 - b. DigiSUS Profissional: ambiente com informações para auxiliar os profissionais de saúde; e
 - c. Meu DigiSUS: ambiente com informações de saúde do cidadão.

Ante o exposto, observa-se que a adoção da estratégia e-Saúde, nominada no Brasil de DigiSUS, ancorada na estratégia da OMS/UIT, é uma tentativa na busca pela melhoria na prestação de serviços de saúde no Brasil. Ainda que apresente desafios de implementação, como a baixa utilização do prontuário eletrônico por parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS) em função da falta de informatização (64,3% das mais de 42 mil, conforme sítio do Ministério da Saúde na internet), a iniciativa pode trazer benefícios em termos de aperfeiçoamento de controles e de políticas de saúde, ao prever a substituição do SARGSUS pelo DigiSUS Gestor, plataforma essa que se propõe a ser um ambiente de disseminação de informações para tomada de decisão e planejamento. Entretanto, faz-se necessário que se vinculem as discussões/decisões a respeito desse instrumento à definição prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação, a fim de que não sirva à digitalização de procedimentos (passar do meio analógico para o digital), mas à informatização/sistematização de processos.

6. Limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos Conselhos de Saúde

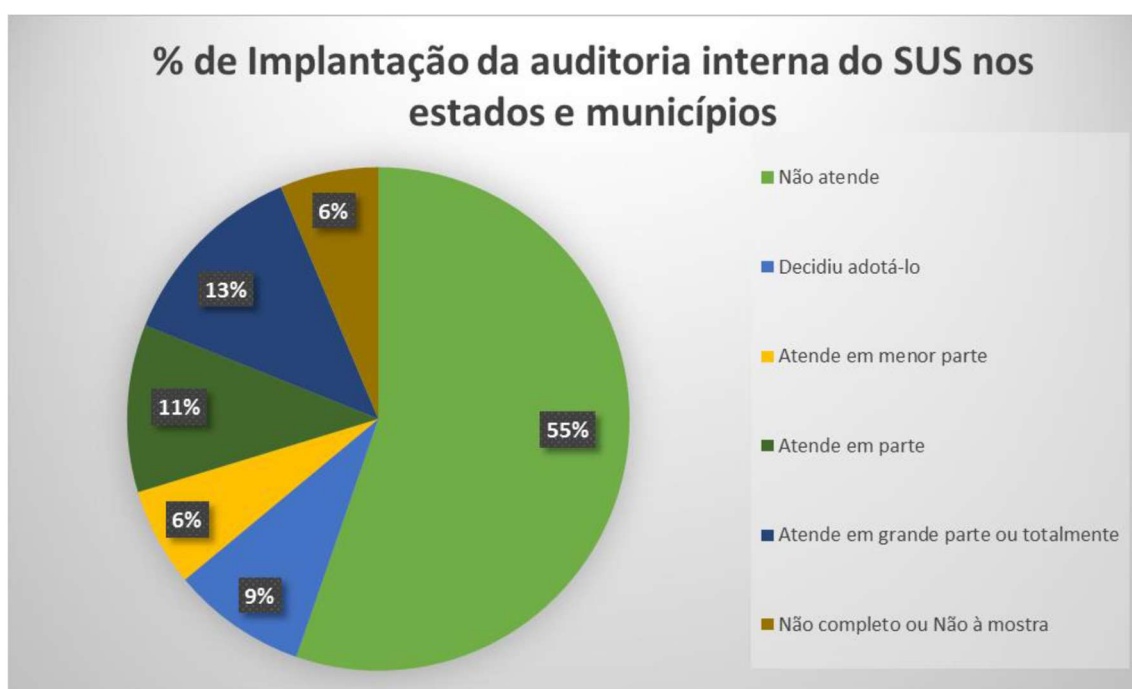
Conforme destacado no item 2.2 deste relatório, são três as dimensões de controle quando se trata de saúde: a de gestão (Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde como primeira e segunda linhas de defesa), a do Sistema Nacional de Auditoria (SNA) – compreendido o Denasus e os Componentes Estaduais/Municipais de Auditoria – como terceira linha e a dos Conselhos de Saúde. Nos itens anteriores, foi possível entender o contexto atual das ações de monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde (primeira e segunda linhas de defesa). Nesse momento, expor-se-ão os elementos

mais atuais acerca da atuação das demais iniciativas – SNA enquanto terceira linha de defesa e Conselhos de Saúde enquanto instrumento de governança –, a fim de que se possa construir a visão da dinâmica do controle na saúde sob a ótica dos conceitos relacionados às linhas de defesa e à governança.

A Lei nº 8.080/90 aduz, no seu artigo 15, inciso I, que a União, estados, DF e municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde. Especificamente à direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS), exercida pelo Ministério da Saúde, atribuiu, no seu artigo 16, inciso XIX, a competência para estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os estados, DF e municípios. O SNA compreende, portanto, os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS.

Assim, a fim de entender como o SNA estava estruturado, o TCU, no levantamento Governança e Gestão em Saúde (TC 024.043/2016-8), questionou estados e municípios a respeito da implantação do serviço de auditoria interna do SUS, identificando que a maioria dos entes federados não possui o componente de auditoria do SNA implantado, conforme figura a seguir:

Figura 9 – Implantação da auditoria interna do SUS nos entes subnacionais



Fonte: Acórdão nº 1.246/2017–Plenário, do Tribunal de Contas da União (TCU).

Quando se trata de atuação, o Decreto 1.651/95 prevê que o SNA atuará no controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento, na avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade, bem como na realização de auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

No Ministério da Saúde, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) é quem exerce as funções do SNA, sendo classificado, conforme Instrução Normativa nº 3/17, da Controladoria-Geral da União (CGU), como auditoria interna singular (audin). As auditorias internas singulares exercem a função de auditoria interna governamental, atuando como terceira linha de defesa de forma concorrente e integrada junto à Secretaria Federal de Controle (SFC) da CGU e demais unidades do sistema de controle interno do Poder Executivo Federal.

A CGU (relatório nº 201701134, encontrado no endereço: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/10128.pdf>) e o TCU (Acórdão nº 1.246/2017-TCU) avaliaram o Denasus e identificaram fragilidades como se segue:

Figura 10 - Fragilidades na atuação do Denasus

DENASUS como indutor do fortalecimento do SNA	Falta de independência e autonomia	Atividades de Controle Interno (e não de Auditoria)
<p>Desconhece a realidade do SNA;</p> <p>Baixa integração;</p> <p>Ausência de orientação e capacitação;</p>	<p>Estrutura organizacional no Ministério da Saúde</p> <p>Relação com o CNS</p> <p>Limitação de acesso a informações</p> <p>Limitação técnica</p>	<p>Linhas de defesa</p>

Fonte: Elaboração própria.

Nesse momento, cabe fazer o destaque de cada um dos itens anteriormente listados, a fim de que fiquem claros os entendimentos a respeito da situação do Denasus:

- (I) Denasus como indutor do fortalecimento do SNA:
 - a. Desconhecimento da realidade do SNA: ausência de cadastro atualizado e completo dos componentes do SNA do SUS, o que implica desconhecimento da implantação e funcionamento do serviço de auditoria em estados e municípios;
 - b. Baixa integração: apenas 82 das 964 atividades de controle realizadas foram feitas de forma integrada com outros componentes do SNA, o que pode proporcionar dificuldade de padronização e duplicidade de esforços;
 - c. Ausência de orientação e capacitação: o Denasus não possui nenhuma publicação ou capacitação específica para os componentes estaduais do SNA de modo a fomentar a atuação desses junto aos componentes municipais. Além disso, foi destacada a necessidade de disponibilização de treinamentos mais frequentes e com conteúdos aprofundados em auditoria pelo Denasus.
- (II) Falta de independência e autonomia:
 - a. Estrutura organizacional no Ministério da Saúde: o posicionamento hierárquico do Denasus – subordinado à Secretaria de Gestão

- Estratégica e Participativa (SGEP) – prejudica a autonomia e a independência necessárias para a realização de suas atividades;
- b. Relação com o Conselho Nacional de Saúde (CNS): o relacionamento do Denasus com o Conselho Nacional de Saúde não está estruturado e a comunicação estabelecida entre ambos é pouco significativa;
- c. Limitação de acesso a informações: limitação de acesso a sistemas de informação do MS necessários à realização das atividades do Denasus;
- d. Limitação técnica: risco de grande perda de força de trabalho em 2019 (por aposentadoria), baixa oferta de cursos de qualificação, especialmente quanto às técnicas de auditoria, e déficit de servidores com formação específica em auditoria.

(III) Atividades de Controle Interno (e não de Auditoria):

- a. Linhas de defesa: atuação do Denasus focada em controle internos, em detrimento da atividade de auditoria interna, comprometendo sua atuação como órgão efetivo do sistema de auditoria interna do SUS.

Por fim, além das constatações anteriores, a CGU identificou também que o Denasus não realiza o monitoramento das recomendações emitidas, bem como não há sistemática de mensuração dos resultados e da efetividade dos trabalhos de auditoria.

Quando se trata dos Conselhos de Saúde, conforme destacado no item 2.1 deste relatório, esses se apresentam como instrumentos de governança em saúde, entendida como os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. Em outras palavras, a atuação dos Conselhos de Saúde deve garantir que as ações das organizações estejam alinhadas ao interesse público.

Nesse sentido, em 2016, a CGU publicou dois relatórios (nº 201603487 e Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 58, respectivamente encontrados nos endereços: <https://auditoria.cgu.gov.br/download/11105.pdf> e <https://auditoria.cgu.gov.br/download/3800.pdf>) com avaliações que contemplavam os Conselhos de Saúde como escopo de trabalho. Os achados refletiram falhas de representatividade (21,5% da amostra não eram paritários), ausência de eleições para presidência dos Conselhos (17,9% da amostra não correspondia à forma democrática prevista, atribuindo, geralmente, a presidência ao Secretário Municipal de Saúde ou a conselheiro indicado pelo chefe do poder executivo local), ausência de sede própria (55,2% da amostra não disponibiliza as condições necessárias – dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico – ao efetivo funcionamento do CMS) e falta de capacitação dos conselheiros para o exercício de suas atribuições (em 60,8% da amostra não houve capacitação dos conselheiros).

De forma complementar, no levantamento Governança e Gestão em Saúde (TC 011.770/2015-5), o TCU, ao avaliar os mecanismos da governança (liderança, estratégia e controle), identificou que, dos 4.048 conselhos municipais de saúde respondentes (73% dos conselhos do país), 62% estão em estágio inicial de governança, 36% estão em estágio intermediário e apenas 2% estão em estágio aprimorado. Quanto aos conselhos

estaduais, 63% estão em estágio inicial e 37% em estágio intermediário, não havendo nenhum em estágio aprimorado.

Assim, o que se observa é que, além dos achados referentes ao processo de monitoramento e avaliação por parte do Ministério da Saúde, as demais instâncias de controle (SNA, como terceira linha de defesa, e Conselhos de Saúde, sob o aspecto da governança) também apresentam fragilidades. O baixo percentual de implantação do SNA em estados e municípios, as deficiências estruturais e operacionais identificadas no Denasus, bem como a caracterização majoritária dos Conselhos de Saúde em estágio inicial de governança apresentam um cenário de controles institucionais limitados na saúde. Portanto, a dinâmica do controle na saúde sob a ótica dos conceitos relacionados às linhas de defesa e à governança fica fragilizada, haja vista que a complementaridade esperada entre os controles – de gestão (primeira e segunda linhas de defesa), os quais estão sujeitos à avaliação da auditoria interna (terceira linha de defesa), que, enquanto função de assessoramento, proverá a governança de informações – apresenta limitações estruturais.

RECOMENDAÇÕES

1 - Considerando o Planejamento Estratégico, os objetivos e a Gestão de Riscos próprios do Ministério da Saúde, o Modelo das Três Linhas de Defesa, a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 01/2016, a Instrução Normativa CGU nº 3/2017, a legislação de regência do SUS e o Regimento Interno do Ministério da Saúde, recomenda-se a reestruturação do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), avaliando, minimamente, a necessidade de alterações estruturais (subordinação hierárquica), administrativo-legais (competências e atribuições), entre outras que se apresentarem indispensáveis, a fim de garantir a independência no exercício das suas atribuições de auditoria interna do SUS.

Achado nº 6

2 - Considerando o Planejamento Estratégico, os objetivos e a Gestão de Riscos próprios do Ministério da Saúde, o Modelo das Três Linhas de Defesa, a Instrução Normativa Conjunta MP/CGU nº 01/2016, a Instrução Normativa CGU nº 3/2017, a legislação de regência do SUS e o Regimento Interno do Ministério da Saúde, recomenda-se a reestruturação do processo de monitoramento e avaliação do SUS (compreendidos os aspectos orçamentário/financeiro, de resultados, de prestação de contas e de produtos voltados à tomada de decisão), avaliando a necessidade de formulação, pactuação e implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS e a aplicabilidade (eficiência, eficácia, adequabilidade e compatibilidade) da tecnologia da informação.

Achados nº 3, 4 e 5

CONCLUSÃO

Ao longo do tempo, a CGU vem realizando auditorias relacionadas ao tema monitoramento e avaliação, apresentando resultados, ora por políticas públicas de saúde, ora por unidades organizacionais do Ministério da Saúde. Assim, este trabalho buscou consolidar os esforços já empreendidos pela CGU e caracterizar, de forma global e abrangente, as atribuições de gestão próprias do Ministério da Saúde relacionadas ao monitoramento e avaliação, sob o contexto das transferências fundo a fundo.

As transferências fundo a fundo pressupõem um processo de gestão (planejamento, execução e prestação de contas) que envolve os três níveis do SUS (federal, estadual e municipal) e que deve estar submetido a controles de gestão e de governança. Essa dinâmica dos controles (modelo das Três Linhas de Defesa) pressupõe complementaridade, haja vista que os controles internos – compreendidos os processos de monitoramento e avaliação –, típicos de gestão (primeira e segunda linhas de defesa), estão sujeitos à avaliação da auditoria interna (terceira linha de defesa), que, enquanto função de assessoramento, proverá a governança de informações.

Nesse sentido, inicialmente, verificou-se que requisitos básicos e formais para que estados e municípios recebam recursos federais na modalidade fundo a fundo – elaboração do Plano de Saúde (PS) e do Relatório de Gestão (RG) –, estabelecidos na legislação, não foram cumpridos por mais de 30% dos municípios brasileiros. Apesar disso, o Ministério da Saúde transferiu, no exercício de 2018, aproximadamente R\$ 14 bilhões aos municípios que não cumprem tais condicionantes. Ademais, os documentos analisados pela CGU neste trabalho apresentaram óbices estruturais. Isso significa comprometimento do pressuposto de gestão compartilhada do SUS, haja vista que, sem planejamento (PS), a execução ocorre sem o devido direcionamento e, sem prestação de contas (RG), há comprometimento da retroalimentação do planejamento, o que pode contribuir para o desalinhamento entre as ações propostas no plano do exercício seguinte e a real necessidade local em termos assistenciais e financeiros.

Além da existência dos documentos, a transferência dos recursos não exige o gestor federal do monitoramento e avaliação da correta aplicação dos recursos. Isso pressupõe monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro, monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde, verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão e geração de produtos voltados para a tomada de decisão.

Quanto ao primeiro aspecto, não há que se falar em monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro em relação aos recursos transferidos, haja vista a falta de preenchimento do SIOPS, o qual é obrigatório, e a ausência de atuação no processo por parte do FNS, a julgar pelo seu entendimento de que sua atuação se encerra na transferência do recurso. Isso, além de implicar a suspensão das transferências voluntárias, inviabiliza a aferição da aplicação mínima em saúde exigida na Constituição e a garantia de regularidade da aplicação dos recursos.

No que diz respeito ao monitoramento e avaliação dos resultados dos programas/políticas de saúde e à geração de produtos voltados para a tomada de

decisão, constatou-se que o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) não desempenha a função centralizadora que lhe cabe no contexto do SUS, em especial na relação com os entes subnacionais (cujos elementos são essenciais para a relação entre o Ministério e o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de Saúde), fato corroborado pelo desconhecimento das práticas de monitoramento e avaliação adotadas pelas Secretarias Finalísticas, cuja atuação é segregada e fragmentada, prejudicando a unidade do processo.

Quanto à verificação e análise das informações constantes do Relatório de Gestão, as Secretarias Finalísticas e o Fundo Nacional de Saúde informaram que a ausência de análise sistemática dos RGs, já apontada pela CGU em auditorias realizadas entre 2013 e 2014, permanece, caracterizando o SARGSUS como um repositório de arquivos do tipo “.pdf”. Isso inviabiliza, portanto, o cotejamento das informações dispostas nesses Relatórios com os dados apurados no processo de monitoramento e avaliação.

Em relação à geração de produtos voltados para a tomada de decisão, o comprometimento das etapas anteriores prejudica a sua execução. Além disso, os documentos apresentados pelo Ministério têm caráter de prestação de contas da sua atuação ou contribuem para sua confecção (Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas, Relatório Anual de Gestão, Prestação de Contas da Presidência da República, avaliação das metas pactuadas no PPA, por exemplo), caracterizando a inexistência de documentos que compilem, organizem e avaliem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo, a fim de proporcionar elementos aos tomadores de decisão a respeito da eficiência e eficácia das políticas.

Quando se fala em perspectivas proporcionadas pela infraestrutura tecnológica, observa-se que a adoção da estratégia e-Saúde, nominada no Brasil de DigiSUS, é uma tentativa na busca pela melhoria na prestação de serviços de saúde no Brasil. A iniciativa pode trazer benefícios em termos de aperfeiçoamento de controles e de políticas de saúde ao prever a substituição do SARGSUS pelo DigiSUS Gestor – plataforma que se propõe a ser um ambiente de disseminação de informações para tomada de decisão e planejamento. Entretanto, faz-se necessário que se vinculem as discussões/decisões a respeito desse instrumento à definição prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação, a fim de que não sirva à digitalização de procedimentos (passar do meio analógico para o digital), mas à informatização/sistematização de processos.

Quanto à auditoria interna (terceira linha de defesa), representada pelo Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA) e, no Ministério da Saúde, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), o que se observa é que o percentual de implantação do SNA em estados e municípios é baixo e o Denasus apresenta deficiências estruturais, caracterizadas pela falta de independência e autonomia (posicionamento hierárquico de subordinação a uma Secretaria Finalística e comunicação pouco significativa junto ao Conselho Nacional de Saúde), pela atuação focada em controles internos, em detrimento da atividade de auditoria interna, pela baixa capacidade de indução do fortalecimento do SNA, bem como pela ausência de monitoramento das recomendações emitidas e de sistemática de mensuração de resultados/efetividades dos trabalhos de auditoria.

Por fim, no que tange à governança, materializada na atuação dos Conselhos de Saúde, cuja função é garantir alinhamento entre as ações de gestão e o interesse público, verificou-se, conforme achados já publicados em relatórios da CGU, problemas relativos a falhas de representatividade, ausência de eleições para a presidência dos Conselhos, ausência de sede própria e falta de capacitação dos conselheiros para o exercício de suas atribuições. Em adição, o TCU, por meio de levantamento realizado junto aos Conselhos de Saúde, constatou que, dos 4.048 conselhos municipais de saúde respondentes (73% dos conselhos do país), 62% estão em estágio inicial de governança, 36% estão em estágio intermediário e apenas 2% estão em estágio aprimorado, enquanto que, dos conselhos estaduais, 63% estão em estágio inicial e 37% em estágio intermediário, não havendo nenhum em estágio aprimorado.

Ante o exposto, a dinâmica do controle na saúde sob a ótica dos conceitos relacionados às linhas de defesa e à governança se apresenta frágil. As deficiências encontradas em termos de monitoramento e avaliação indicam problemas estruturais (na subordinação da auditoria interna à primeira linha de defesa – caracterizada pelas Secretarias Finalísticas e pelo Fundo Nacional de Saúde) e impasses processuais (materializados, especialmente, pelas falhas da segunda linha de defesa – caracterizada pelos órgãos de staff, no caso o DEMAS – no processo de monitoramento e avaliação). Além disso, as discussões/decisões a respeito dos instrumentos (tal qual a implantação da estratégia denominada DigiSUS) sem a definição prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação pode significar ineficiência e ineficácia ao digitalizar procedimentos (passar do meio analógico para o digital) em detrimento da informatização/sistematização de processos. Portanto, as falhas apontadas, associadas à baixa maturidade das estruturas de governança, além de prejudicar o conhecimento das ações e serviços de saúde viabilizados pelas transferências fundo a fundo (as quais perfazem mais R\$ 75 bilhões em 2018), comprometem a oferta de serviços de saúde de qualidade, como apontado pela CGU ao longo dos últimos anos, exemplificado nos relatórios do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU 192) e do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF).

ANEXOS

I – MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE EXAMINADA

Nesse tópico, transpor-se-á integralmente a manifestação do Ministério da Saúde quanto aos achados dispostos neste relatório, consubstanciada na Nota Técnica Conjunta nº 2/2019-SE/GAB/SE/MS, a qual foi encaminhada por meio do Ofício nº 366/2019/SE/GAB/SE/MS:

“* Sobre o item 2.3 do Relatório Preliminar **“Transferências fundo a fundo em desacordo com os critérios legais estabelecidos”**, o Relatório Preliminar da CGU, atribuído ao Fundo Nacional de Saúde, como agente financeiro do componente nacional do SUS, e em conformidade com o disposto nos arts. 8º e 10 do Decreto nº 3.964/2011, o acompanhamento, controle e avaliação de todos os recursos a ele alocados e, para isso, o integra ao Sistema Nacional de Controle e Avaliação do Ministério da Saúde.

Nesse sentido, o FNS integra a primeira linha de controle interno do Ministério da Saúde, responsável, importante ressaltar, apenas pelo monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro e prestação de contas dos recursos federais transferidos aos demais entes federativos no âmbito do SUS. Isso porque, conforme disposto na legislação aplicável ao SUS e de acordo com as constatações do Relatório em comento, cabe às Secretarias Finalísticas do MS dentro de seus escopos de atuação (público-alvo, políticas públicas, objetivos, finalidade, entre outros quesitos) e, considerando os aspectos legais autorizativos das transferências de recursos, encaminhar à Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde (FNS) a relação dos entes e os respectivos valores a serem transferidos para os Fundos de Saúde locais.

Em decorrência, cabe às Secretarias do Ministério, em sua área de atuação, exercer o controle primário e finalístico de seus programas e políticas, por meio do monitoramento, regulação, controle e avaliação das ações e serviços de saúde financiados com os recursos repassados pela União, como primeira linha de defesa do controle interno. Ao DEMAS cabe as atividades de supervisão dos controles, relacionado à segunda linha de defesa. E ao DENASUS, como órgãos de auditoria interna a terceira linha de defesa, responsável pela avaliação dos controles. É justamente esse o sentido no disposto no art. 1.148 da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017, com as alterações trazidas pela Portaria nº 3.992/2017, que consolida as normas sobre financiamento e transferência de recursos federais no âmbito do SUS:

“Art. 1148. Os órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde e os órgãos responsáveis pelo monitoramento, regulação, controle e avaliação dessas políticas devem acompanhar a aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo e proceder à análise dos Relatórios de Gestão, com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017). Parágrafo único. Sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo e do disposto no Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, sempre que constatadas irregularidades, os órgãos e entidades de que trata o caput devem indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo componente federal do Sistema Nacional de Auditoria - SNA que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)”.

Quanto ao monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário financeiro dos recursos transferidos fundo a fundo no âmbito do SUS, é preciso esclarecer a forma e os instrumentos por meio dos quais ele pode ser realizado.

A Lei Complementar nº 141/12, em seu art. 39, determina que, durante a execução dos recursos, é obrigatória a alimentação bimestral do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). Para isso a lei prevê o seguinte:

“Art. 39 (...)§ 1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento: VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.”

Neste mesmo sentido, o art. 1147 da citada Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS/2017 estabelece o seguinte:

“Art. 1147. Sem prejuízo de outras formas de controle realizadas pelo Ministério da Saúde, a comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios far-se-á, para o Ministério da Saúde, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e submetido ao respectivo Conselho de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)”.

Dessa forma, está claro que, ao FNS, juntamente com a unidade ministerial responsável pela gestão do SIOPS e o DATASUS, cabe promover as condições e disponibilizar os dados e informações necessários à integração, organização, consolidação e divulgação de dados orçamentários e financeiros necessários ao monitoramento e avaliação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo aos estados e municípios no âmbito do SUS.

Para isso, houve a definição de um novo modelo de organização e transferência de recursos federais da saúde na modalidade fundo a fundo, consolidado com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992/2017, mas que, em absoluto, começou ou se resume a este normativo.

Entre 2017 e 2018, foi discutido na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) um conjunto de propostas para melhoria da gestão no âmbito do SUS, em especial quanto aos processos de:

- Planejamento: com vistas à efetivação do planejamento ascendente por meio de apoio e cooperação técnica junto aos demais entes federativos e com a implantação do Digisus- Gestor;
- Regulamentação: por meio da consolidação das normas do SUS (Portarias de Consolidação);

- Monitoramento, controle e apoio institucional no desenvolvimento de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) financiadas com recursos federais: por meio da reestruturação dos núcleos estaduais do MS e estabelecimentos de GT para elaboração da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS; e
- Reorganização dos repasses federais e do modelo de gestão financeira dos recursos da saúde: com o objetivo de aperfeiçoar o modelo de gestão orçamentária e financeira dos recursos federais repassados pelo FNS, evitando, inclusive, a continuidade do processo de acúmulo de saldos de recursos nas contas dos fundos estaduais, distrital e municipais de saúde.

As discussões realizadas no âmbito da CIT, em relação ao modelo de transferência de organização dos blocos de financiamento e com vistas ao aprimoramento dos procedimentos relacionados a gestão financeira dos recursos federais do SUS pelos entes subnacionais, resultaram no modelo implementado pela Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que alterou a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.

É importante lembrar que a Portaria GM/MS nº 3.992/2017 não apresenta qualquer alteração ou impacto nos valores ou na metodologia de definição do total de recursos destinados a cada ente federativo beneficiário, mas apenas muda, como já mencionado, a forma de organização e repasse dos recursos destinados ao financiamento das ASPS. Estes, anteriormente organizados em 6 blocos por nível de atenção, passam a ser organizados e transferidos em contas correntes associadas a apenas 2 blocos relacionados à finalidade do gasto: i) Bloco de Custeio das ações e Serviços Públicos de Saúde e ii) Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

De acordo com a legislação vigente, a aplicação dos recursos deverá sempre refletir, ao final de cada exercício:

- a vinculação com a finalidade de cada programa de trabalho do OGU que deu origem ao repasse;
- o estabelecido no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde de cada ente federativo, devidamente submetido ao Conselho de Saúde; e
- o objeto e compromissos pactuados entre o ente federativo beneficiário e o MS, que por meio de portarias específicas estabelece pré-requisitos, condições ou resultados a serem alcançados.

Assim, do ponto de vista da flexibilização da execução financeira, tão importante quanto a unificação das transferências de recursos federais associados ao custeio de ações e serviços públicos de saúde em uma única conta corrente é a continuidade do processo de maior agregação das ações orçamentárias e, em extremo, até mesmo das subfunções por meio dos quais são realizados os repasses. Desde a PLOA 2018 há significativo e louvável esforço do órgão setorial de planejamento e orçamento do MS para maior agregação das ações orçamentárias por meio das quais são realizadas as transferências fundo a fundo.

Como visto, sem prejuízo de formas complementares de monitoramento, controle e avaliação Ministério da Saúde instituído pelas secretarias finalísticas e órgãos de controle interno, o ente federativo beneficiário deverá comprovar a aplicação dos recursos repassados pelo FNS por meio do Relatório Anual de Gestão que deverá

comprovar, ao final do exercício, a conformidade na aplicação dos recursos transferidos evidenciando:

- a compatibilidade entre a utilização dos recursos e as programações orçamentárias da União que deram origem aos repasses (adequação com a finalidade da ação orçamentária); e
- a demonstração das despesas pagas por função e subfunção da saúde, associada às fontes de recursos referentes a cada um dos dois blocos de financiamento.

Para refletir, na contabilidade pública, o novo modelo de repasse por meio de 2 blocos de financiamento instituído pela Portaria nº 3.992/2017, as equipes do Ministério da Saúde e da Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN/MF), inclusive em discussões com o Tribunal de Contas da União e os Tribunais de Contas Estaduais, definiram as fontes de identificação da receita/despesa que deveriam ser associadas aos recursos recebidos por meio dos blocos de financiamentos da saúde. Assim na Matriz de Saldos Contábeis (MSC), de uso obrigatório para todos os entes federativos a partir de 2019, os códigos de fontes, conforme estabelecido na Portaria STN nº 549, de 07 de agosto de 2018, e seus anexos, passam a ser os seguintes:

- 214.0000 – Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde – (Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e relacionados ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde).
- 215.0000 – Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal – Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde – (Controle dos recursos originários de transferências do Fundo Nacional de Saúde, referentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e relacionados ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde).

Essa classificação visa possibilitar o acompanhamento mais efetivo da aplicação dos recursos em cada um dos blocos de financiamento. Da mesma forma, com o objetivo de identificar, na contabilidade, os grupos relacionados ao nível de atenção definidos para organização e identificação das informações sobre as transferências para cada bloco de financiamento, foram criadas também classificações específicas no Ementário de Receitas para utilização em 2019, disponível em <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/-/ementario-da-receita-orcamentaria> :

RECEITAS CORRENTES

- *1.7.1.8.03.0.0 Transferência de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – Repasses Fundo a Fundo Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde*
- *1.7.1.8.03.1.0 Transferência de Recursos do SUS – Atenção Básica*
- *1.7.1.8.03.2.0 Transferência de Recursos do SUS – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar*
- *1.7.1.8.03.3.0 Transferência de Recursos do SUS – Vigilância em Saúde*
- *1.7.1.8.03.4.0 Transferência de Recursos do SUS – Assistência Farmacêutica*
- *1.7.1.8.03.5.0 Transferência de Recursos do SUS – Gestão do SUS*
- *1.7.1.8.03.9.0 Transferência de Recursos do SUS – Outros Programas Financiados por Transferências Fundo a Fundo*

- *1.7.1.8.04.0.0 Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – Bloco Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde*
- *1.7.1.8.04.1.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Básica*
- *1.7.1.8.04.2.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Especializada*
- *1.7.1.8.04.3.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Vigilância em Saúde*
- *1.7.1.8.04.4.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão e Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde no SUS*
- *1.7.1.8.04.5.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão do SUS*
- *1.7.1.8.04.6.0 Outras Transferências de Recursos do SUS, não detalhadas anteriormente.*

RECEITAS DE CAPITAL

- *2.4.1.8.03.0.0 Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (despesas de capital)*
- *Continuação da Nota Técnica Conjunta nº 11/2018/CCONF-SUCON/FNS-MS*
- *2.4.1.8.03.1.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Básica*
- *2.4.1.8.03.2.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Especializada*
- *2.4.1.8.03.3.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Vigilância em Saúde*
- *2.4.1.8.03.4.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão e Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde no SUS*
- *2.4.1.8.03.5.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão do SUS*
- *2.4.1.8.03.9.0 Outras Transferências de Recursos do SUS, não detalhadas anteriormente.*
- *2.4.1.8.04.0.0 Transferências de Recursos do Sistema Único de Saúde – SUS – Bloco Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde (despesas de capital)*
- *2.4.1.8.04.1.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Básica*
- *2.4.1.8.04.2.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Atenção Especializada*
- *2.4.1.8.04.3.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Vigilância em Saúde*
- *2.4.1.8.04.4.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão e Desenvolvimento de Tecnologias em Saúde no SUS*
- *2.4.1.8.04.5.0 Transferências de Recursos do SUS destinados à Gestão do SUS*
- *2.4.1.8.04.6.0 Outras Transferências de Recursos do SUS, não detalhadas anteriormente*

Dessa forma, o modelo de gestão financeira e de classificação contábil das transferências federais da saúde possibilitam a identificação das receitas por grupos, relacionados ao nível de atenção ou área da política de saúde, sem gerar desnecessária rigidez ou vinculação orçamentária, bem como permite a melhor identificação dos recursos recebidos de modo a facilitar o seu acompanhamento gerencial. Essa medida vai ao encontro da necessidade dos órgãos de controle interno, externo e de controle social de manter o referencial dos repasses realizados pelo Governo Federal.

Essas informações orçamentárias e financeiras estarão integradas no DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP), parte integrante da plataforma DigiSUS, e é um sistema de informação de planejamento em saúde, de uso obrigatório para estados e municípios a partir de 2019. O DGMP foi desenvolvido a partir das normas do planejamento do SUS e da lógica do ciclo de planejamento, vindo substituir o Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistema de Pactuação (SISPACTO), além de agregar

novas funcionalidades. O DGMP será utilizado para elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), como receberá o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de um conteúdo mínimo dos Planos de Saúde e das Programações Anuais de Saúde.

Além de ser um repositório para todos os arquivos dos instrumentos de planejamento do SUS e resoluções correspondentes, permitirá, assim, a compatibilização de todas as informações orçamentárias e financeiras de recursos transferidos pelo FNS (por meio das informações constantes do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal – SIAFI, consolidadas no sítio eletrônico do FNS e integradas ao DGMP). Abaixo segue o formato da tabela a ser apresentada no relatório de gestão sobre execução do orçamento por programa de trabalho do OGU onerado pelas transferências federais fundo a fundo.

The screenshot shows a web browser window with the URL diguemp-treino.saude.gov.br/admin/relatorio-gestao/relatorio-anual/2018/4/9. The interface includes a sidebar menu with items like '8. Indicadores de Pactuação Interfederativa', '9. Execução Orçamentária e Financeira', and '10. Auditorias'. The main content area displays a table for '9.4. Financiamento'.

Bloco de Financiamento	Programas de Trabalho	Valor Transferido em 2018 (Fonte: FNS)	Valor Executado em XXXX
CUSTEIO	1012220154525 - APOIO A MANUTENÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE	R\$ 1.660.931,00	RS 00
	103012015217U - APOIO À MANUTENÇÃO DOS POLOS DA ACADEMIA DE SAÚDE	R\$ 27.000,00	RS 00
	103012015219A - PISO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	R\$ 41.867.872,17	RS 00
	1030220158585 - ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO PARA PROCEDIMENTOS NO MAC	R\$ 201.278.763,40	RS 00
	10303201520AE - PROMOÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	R\$ 3.969.244,17	RS 00
	10304201520AB - INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA EXECUÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	R\$ 248.231,10	RS 00
	10305201520AL - INCENTIVO FINANCEIRO AOS ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE	R\$ 3.188.199,75	RS 00
	10306209920QH - IMPLEMENTAÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL NA SAÚDE	R\$ 60.000,00	RS 00
	10845090300QR - APOIO FINANCEIRO PARA AQUISIÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA	R\$ 679.249,77	RS 00
	INVESTIMENTO	1030120158581 - ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE	R\$ 299.730,00
1030220158535 - ESTRUTURAÇÃO DE UNIDADES DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE		R\$ 100.000,00	RS 00

Figura 1: Ambiente de treinamento do Sistema DigiSUS. Fonte: Fundo Nacional de Saúde

Com a implementação do DGMP, a verificação e checagem de consistência dessas informações devem ser automatizadas de modo a emitir alertas aos gestores das secretarias finalísticas, responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde financiadas pelos repasses associados às programações orçamentárias do OGU, para que eles possam identificar informações com vistas a subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência ou, se for o caso, sempre que constatadas irregularidades, indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo DENASUS, que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes do SNA.

Dessa forma, quanto ao monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário e financeiro, o novo modelo de transferência e demonstração contábil de recursos permitirá substituir o atual controle excessivamente focado no acompanhamento dos saldos financeiros das contas dos fundos de saúde pelo controle das despesas efetuadas e, principalmente, dos resultados dos programas, ações e estratégias que justificaram os recursos federais, o que deve ser realizado, também, por meio dos

Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e dos Relatórios Anuais de Gestão dos entes beneficiários dos recursos, que devem ser submetidos, também, aos conselhos de saúde e órgãos de controle interno e externo pertinentes, de acordo com a legislação vigente.

Essa mudança de enfoque é um importante passo para o aprimoramento do sistema de gestão e de governança do SUS por meio do necessário fortalecimento dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde.

Por fim, cumpre registrar que, com o objetivo de aperfeiçoar os procedimentos internos de controle do processo de gestão orçamentária e financeira dos recursos da saúde, a DEFNS, em conjunto com a SPO e demais áreas técnicas do MS, elaboraram proposta de Portaria Ministerial com o objetivo de delimitar, formalmente, o fluxo operacional, os procedimentos, prazos e responsabilidades das unidades do Ministério da Saúde na operacionalização das transferências de recursos pelo FNS aos estados, Distrito Federal e aos municípios. Essa regulamentação prevê, inclusive, a definição de cronograma de repasse aos fundos estaduais, distrital e municipal referente a cada Programa de Trabalho do Orçamento Geral da União que será onerado pela transferência de recursos, quando de forma regular e automática, de modo a dar transparência e previsibilidade aos repasses federais destinados ao financiamento de ações e serviços no âmbito do SUS, em fase final de tramitação interna.

* Sobre o item 2.4 do Relatório Preliminar **“Limitações no processo de monitoramento e avaliação”**, às fls. 24, o documento resume as competências do DEMAS, a partir do disposto no Regimento Interno do Ministério da Saúde (RI), aprovado pela Portaria nº 1.419/17, nos seguintes termos:

“De forma resumida, cabe ao DEMAS, unidade vinculada à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, dentre outras, a coordenação da formulação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, a articulação e a integração de ações de monitoramento e avaliação realizadas no âmbito do MS, a participação da coordenação do processo colegiado de monitoramento, avaliação e gestão das informações do SUS, bem como a sistematização e disseminação de informações estratégicas para subsidiar a tomada de decisão na gestão federal do SUS”.

Ratificamos o entendimento manifestado pela auditoria quanto às competências regimentais do DEMAS. Às fls. 25, 2º parágrafo, o documento comenta a atuação do DEMAS no tocante à Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS), nos seguintes termos:

“Quanto à atuação do DEMAS, ainda não há uma Política de Monitoramento e Avaliação do SUS (PNMA-SUS) formalizada. Tal política encontra-se em formulação por um Grupo de Trabalho instituído pela Portaria nº 1.535, de 16 de junho de 2017, o qual inclui, além de diversas Secretarias do MS, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA). Conforme consta do portal do MS na internet, a previsão era de que o documento resultante da formulação da PNMA-SUS fosse finalizado em junho de 2018”.

Sobre o entendimento manifestado pela auditoria quanto ao atraso e à ausência da PNMA-SUS, informamos que o Grupo de Trabalho continua constituído, reformulado

pela Portaria nº 1.300, de 21 de maio de 2018, e que os trabalhos seguem em andamento. O atraso decorre das sucessivas mudanças de gestão ao longo do ano de 2018 no âmbito do Ministério, especialmente, no DEMAS. Um novo prazo para a conclusão dos trabalhos será determinado pela nova gestão do MS a partir deste ano de 2019.

Às fls. 25, 3º parágrafo, o documento relata a gestão, pelo DEMAS, do Sistema e-CAR, e a atuação individualizada das Secretarias Finalísticas quanto aos seus processos de monitoramento e avaliação, nos seguintes termos:

“Em relação as demais unidades do Ministério da Saúde, a Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO) informou que tais processos se dão por meio do Sistema e-Car, gerido pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS). Nesse sistema, os responsáveis devem emitir pareceres sobre o andamento das metas e iniciativas por eles acompanhadas. Além disso, a Secretaria Executiva do MS informou ter questionado as Secretarias Finalísticas sobre os seus processos de monitoramento e de avaliação de políticas/programas de saúde. De forma resumida, as Secretarias trabalham de forma individualizada, considerando as particularidades das políticas/programas de saúde sob sua responsabilidade, utilizando-se de sistemas de informação próprios, com formas de atuação em caso de descumprimento de metas e condicionantes geralmente atreladas a suspensão do repasse/incentivo e a desabilitação do serviço”.

Importa destacar que, no âmbito federal, o DEMAS faz a gestão do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car), ferramenta que auxilia o monitoramento de metas da gestão pelo Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde. O monitoramento é realizado quadrimestralmente, onde os responsáveis de cada área finalística cadastrados no sistema emitem pareceres sobre o andamento das metas e iniciativas referentes às políticas/programas que acompanham. Os pareceres apresentados no e-Car apresentam (i) Cenário Atual - informações sobre o andamento dos projetos, levando em conta as variáveis, positivas ou negativas, que caracterizam o atual cenário; (ii) Pontos Críticos - registro de problemas que devem ser documentados, de forma que possam ser avaliados e resolvidos; e (iii) Recomendações - indicação de decisões que deverão ser tomadas para manter o cenário atual, no caso de uma avaliação positiva, ou para superar os pontos críticos apresentados.

Desta forma, s.m.j., no âmbito federal, cientes que não se trata do contexto delimitado pela auditoria das transferências fundo a fundo, entendemos que o DEMAS cumpre seu papel regimental de articulador e integrador das ações de monitoramento e avaliação realizadas no âmbito do MS. Outrossim, no âmbito estadual, distrital e municipal, esse papel se encontra, de fato, incipiente, e a atuação individualizada das Secretarias nas ações de M&A ainda predomina. Porém, merece registro a retomada do Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Portaria nº 611/2017, revogada pela Portaria 3090/2018, cuja finalidade é a de propor a definição de responsabilidades e estabelecer fluxo interno de circulação e utilização das informações contidas nos Planos de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), municipais, distrital e estaduais, de modo a possibilitar a análise sistemática dessas informações e a sua utilização como subsídio à tomada de decisões. Este GT terá até o fim de junho de 2019 para enviar ao Secretário Executivo do MS um documento técnico contendo a conclusão dos trabalhos realizados.

Às fls. 25, 4º parágrafo, o documento relata a iniciativa denominada Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), nos seguintes termos:

“Ainda a respeito do tema, cabe comentar a iniciativa denominada Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), disposta no Anexo XXIV da Portaria de Consolidação nº 3/2017, sob coordenação geral da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, que possui como objetivos, dentre outros, estabelecer base de informações essenciais e consistentes sobre as condições de saúde no País, contribuir para a compreensão do quadro sanitário brasileiro e fomentar uso de informações essenciais para orientar processos decisórios no âmbito do SUS. Segundo sitio na internet, sua última publicação data de 2012, dispondo de indicadores demográficos, socioeconômicos, de mortalidade, de morbidade, de fatores de risco e proteção, de recursos e cobertura”.

A iniciativa RIPSA, embora não atualizada, pode trazer importantes subsídios informacionais acerca das condições de saúde nacionais. Informamos que há disposição para a sua atualização, porém, esta será reavaliada quanto à forma e prazo pela nova gestão do MS a partir deste ano de 2019.

Às fls. 25, 5º parágrafo, o documento relata a ausência de produtos voltados à tomada de decisão, nos seguintes termos:

“No que diz respeito à geração de produtos voltados para a tomada de decisão, não foram encontrados elementos que indicassem a existência de documentos que compilassem, organizassem e avaliassem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo. Tais documentos trariam elementos aos tomadores de decisão a respeito da eficiência e eficácia das políticas, abrindo oportunidade para o seu aprimoramento e retroalimentando o processo de planejamento”.

A este respeito, informa-se que, para o aprimoramento da sistematização de dados e informações voltados aos processos de monitoramento e avaliação e de tomada de decisão, o MS, no contexto da Estratégia de e-Saúde para o Brasil, sob coordenação do DEMAS, tem em desenvolvimento solução de gestão de informação denominada DigiSUS Gestor. Trata-se de uma das prioridades do MS que tem por objetivo desenvolver, estruturar e assegurar o acesso a informações estratégicas em saúde para apoio à tomada de decisão por parte dos gestores do SUS. Constitui-se em plataforma web um portal otimizado para acesso a dados e informações e para a realização de ações de planejamento, análise e monitoramento em saúde no âmbito do SUS. Destaque-se o DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento do (DGMP), sob coordenação do Departamento de Articulação Interfederativa (DAI), desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) em parceria com o DEMAS quanto aos painéis gerências, substituirá o SARGSUS, que proporcionará uma nova forma de sistematização de informações referentes ao planejamento em saúde dos entes federados, de modo a dar coerência ao ciclo de elaboração do Plano de Saúde (PS), da Programação Anual de Saúde (PAS), dos Relatórios de Gestão (quadrimestrais e anuais) e da Pactuação Interfederativa.

As informações serão disponibilizadas não apenas na forma “engessada” de upload de documentos em formato PDF, mas com a inserção de dados em registros de bases transacionais que permitirão o monitoramento dos resultados em saúde de cada ente de forma analítica e automatizada.

Dentre os principais objetivos do DGMP está o de vincular o repasse de recursos entre os entes, com vistas a favorecer um planejamento mais qualificado; registrar as diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano de Saúde (PS) de cada ente, vinculando-os à Programação Anual de Saúde (PAS) e aos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), bem como cumprir o previsto na Lei 8.080/1990 e Lei Complementar 141/2012, dando condições para a construção do planejamento ascendente a partir de prioridades municipais e estaduais.

O DGMP respeita a temporalidade dos instrumentos de saúde de acordo com o perfil de cada ente, atendendo o ciclo de planejamento, que compreende: Plano de Saúde (PS) a cada 4 anos, Pactuação Interfederativa, Programação de Saúde Anual (PAS) e o Relatório de Gestão (RAG) que são anuais. Isso significa que o sistema não só permitirá a elaboração dos Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior (RDQA) e do Relatório Anual de Gestão (RAG), como receberá o registro das metas da Pactuação Interfederativa de Indicadores e de um conteúdo mínimo dos planos de saúde e das programações anuais de saúde – para além de ser um repositório para todos os arquivos dos instrumentos de planejamento do SUS e resoluções correspondentes.

Para o primeiro semestre deste ano de 2019 está previsto o lançamento da versão inicial do DGMP, que permitirá a inserção de dados e informações referentes aos planejamentos em saúde dos entes federados e monitorar, através dos painéis gerenciais, informações sobre a entrega dos Planos de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatórios Anuais de Gestão (RAG), Pacto Interfederativo e seus respectivos “status” de tramitação. Esta primeira versão já se encontra pronta, aguardando a homologação final por parte do DAI.

Para o segundo semestre do ano corrente, está prevista a evolução dos painéis gerenciais de modo a contemplar também os Relatórios Quadrimestrais de Gestão e, a partir das informações constantes dos registros transacionais do DGMP, implementar inteligência computacional que permitirá avaliar o desempenho dos entes federados em relação às metas estabelecidas em seus Planos de Saúde (PS) e Programações Anuais de Saúde (PAS). Também para o segundo semestre deste ano, está previsto o lançamento de um novo módulo, Módulo Orçamentário e Financeiro do DigiSUS Gestor (DGMOF), que proporcionará monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário-financeiro do MS e dos recursos transferidos fundo a fundo aos entes federados. Este módulo encontra-se em fase inicial de projeto e prototipação. Ainda para o primeiro semestre deste ano, será disponibilizado um novo painel gerencial interativo que proporcionará o monitoramento de 30 indicadores de saúde, referentes às áreas da Atenção, Vigilância, Orçamentária/Financeira, dentre outras.

Informamos, ainda, que dados e informações hoje disponíveis em painéis na Sala de Apoio a Gestão (SAGE) serão, paulatinamente, atualizados e portados para o DigiSUS Gestor, de modo a alimentar esta nova plataforma com dados e informações que permitirão o monitoramento das várias políticas/programas em saúde existentes. Essa atividade se encontra em execução, é de natureza continuada e tem previsão de ter um volume representativo migrado até o primeiro semestre de 2020.

* Sobre o item **2.5 Perspectivas da infraestrutura tecnológica**, no que concerne ao sistema SARGSUS, adiciona-se que este apresentava fragilidades tanto no aspecto de segurança quanto em carência de novas funcionalidades e está sendo substituído pelo

DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP). O DGMP é um sistema de informação para estados e municípios, desenvolvido a partir dos normativos do planejamento do SUS e da internalização da lógica do ciclo de planejamento. Sendo assim, o DGMP substitui os antigos Sistema de Apoio à Elaboração do Relatório de Gestão (SARGSUS) e Sistema de Pactuação (SISPACTO), além de agregar novas funcionalidades.

Mais especificamente, o DGMP possui os seguintes objetivos:

I – Registrar as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde, as metas anualizadas e a previsão orçamentária na Programação Anual de Saúde, e registrar a análise dos resultados obtidos nos RDQA e RAG, observando o que estabelece a legislação específica;

II – Dar transparência às metas definidas nos planos de saúde e nas programações anuais de saúde, assim como dos resultados dos indicadores apresentados pelos gestores nos RDQA e RAG, atendendo, assim, às demandas dos órgãos de controle, de áreas técnicas e de demais interessados quanto ao monitoramento;

III – Integrar a funcionalidade da Pactuação Interfederativa de Indicadores aos demais instrumentos de planejamento, apresentando a série histórica dos resultados dos indicadores a cada ano, observando o período de fechamento das bases nacionais;

IV – Integrar dados de outros sistemas de informação do SUS;

V – Subsidiar o monitoramento, a regulação, o controle e a avaliação das políticas de saúde, através do acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, conforme disposto no Art. 1148 da Portaria nº 3.992/GM/MS, de 27 de dezembro de 2017, pelos órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde.

Visão Geral do Sistema DigiSUS Gestor - Módulo Planejamento (DGMP): Considerando o ciclo do planejamento, e com base nos instrumentos elaborados, o sistema inicia com o preenchimento das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do plano de saúde do ente federado, para o período de quatro anos. Essas informações são apresentadas automaticamente pelo sistema, a cada ano, no componente que recebe as respectivas programações anuais de saúde (PAS). A cada ano da PAS, os gestores devem inserir as metas anualizadas, assim como as respectivas ações para o alcance das metas.

A funcionalidade da Programação Anual de Saúde também recebe algumas informações orçamentárias com o demonstrativo da programação de despesas com saúde por subfunção orçamentária, natureza e fonte, cujo preenchimento deve ser feito com base nas informações da Lei Orçamentária Anual (LOA) do ente. De forma encadeada, tais conteúdos dos instrumentos do planejamento em saúde são disponibilizados pelo DGMP, respeitando a temporalidade de elaboração e execução de cada um deles e dando maior clareza à inter-relação dos instrumentos. Após a inserção das informações do plano de saúde e das PAS, o sistema libera para elaboração, de acordo com o período adequado, os RDQA e RAG de cada PAS.

A Pactuação Interfederativa de Indicadores nacionais foi incorporada a este sistema devido a sua relação direta com o processo de planejamento em saúde, observando o fluxo da Resolução CIT nº 8, de 24 de novembro de 2016. A cada ano, o sistema disponibilizará a planilha de indicadores nacionais para a inserção das metas pactuadas pelos estados e municípios.

Destaca-se, por fim, que a construção do sistema foi concomitante a outras discussões tripartite, como o rateio de recursos, o planejamento regional integrado, o caixa único, a redefinição das subfunções da saúde e a integração dos sistemas informatizados na estratégia e-Saúde. Por ser um sistema em constante evolução, novas funcionalidades podem ser ajustadas e agregadas ao longo do tempo.

No que diz respeito ao DigiSUS, é uma estratégia do Ministério da Saúde de incorporação digital, que envolve um conjunto de ações voltadas para qualificar a gestão da saúde através da Tecnologia de Comunicação e Informação.

Assim o Ministério da Saúde pretende aprofundar e intensificar as ações no sentido esclarecer e estruturar melhor o processo, para monitorá-lo e aperfeiçoá-lo, haja vista a quantidade de departamentos envolvidos com esta estratégia. Por todo o exposto, avalia-se que o sistema DGMP trará significativa melhoria ao monitoramento e avaliação da execução de transferência de recursos federais, porquanto o DigiSUS que corresponde a estratégia de e-Saúde para o Brasil, o que propiciará um aperfeiçoamento em sua estrutura e processos.

* Quanto ao item **2.6. Limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos Conselhos de Saúde**, o Denasus – Departamento Nacional de Auditoria do SUS, se manifesta nos termos a seguir articulados:

1. Denasus como indutor do fortalecimento do SNA:

Desde que o Denasus tomou ciência de suas fragilidades, as quais foram apontadas em relatórios de auditoria de órgãos de controle, iniciou-se busca de soluções para tratá-las. Uma delas foi elaborar uma pesquisa que permitisse conhecer a realidade das secretarias de saúde em relação à auditoria. Tendo em vista a quantidade de entes federativos, a pesquisa foi desenhada para que, inicialmente, 992 entes distribuídos entre secretarias estaduais e municipais (de municípios de grande, médio e pequeno porte) fossem entrevistadas.

A pesquisa tem a finalidade de subsidiar a construção de um diagnóstico situacional de cada ente selecionado. Para tanto, ela identificará o nível de organização e o funcionamento, assim como o responsável e as atividades realizadas, com o fim de aferir se há necessidade de capacitação ou outras ações relevantes. O período para sua execução é 2017-2019, contudo, até dezembro do exercício anterior, o Denasus coletou dados de 493 entes, os quais serão apresentados abaixo e resumidos no gráfico:

1. 175 (35%) apresentaram o **componente do SNA instituído**, dos quais:
 - 141 (81%) estão implantados;
 - 33 (19%) não estão implantados; e
 - 01 (um) não informou se está implantado (SMS de Vitória/ES).
2. Dentre os 318 (65%) entes que **não apresentaram o componente do SNA instituído**:
 - 270 (85%) afirmaram interesse em instituir; e
 - 48 (18%) não demonstraram interesse.

Após o cenário apresentado, o Denasus irá iniciar uma série de capacitações com os entes que afirmaram interesse em instituir o componente de auditoria. Primeiro, as equipes do Denasus e Seções de Auditoria dos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (Seaud) serão atualizadas sobre técnicas e métodos de auditoria e, posteriormente, as

Seaud irão à campo para capacitar as equipes dos entes selecionados e fazer uma auditoria integrada como forma de treiná-los.

A pesquisa está sendo revisada para que possa ser propagada, escalonadamente, aos 4.578 entes faltantes.

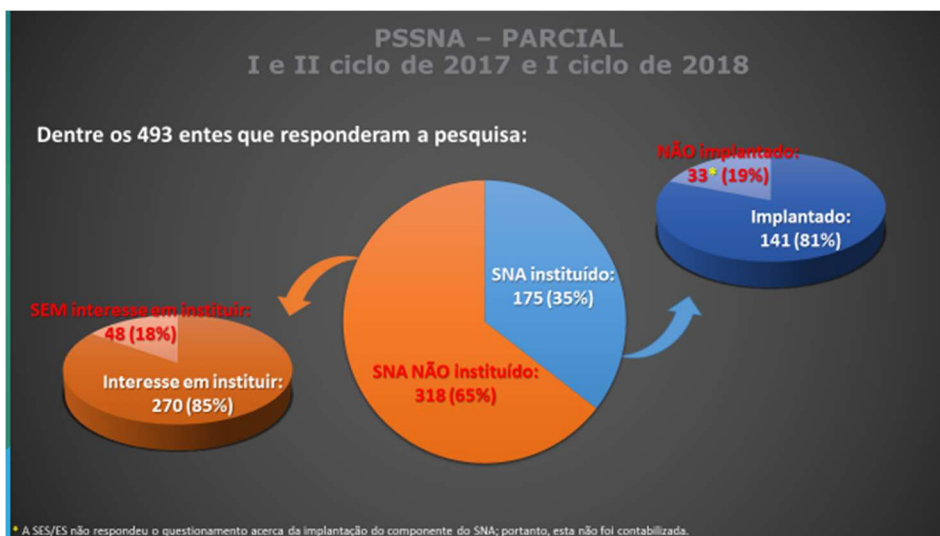


Gráfico 1 – Resultados parciais da pesquisa. Dados: dezembro 2018

Entretanto, o Denasus ainda tem dificuldades em ser o indutor do SNA pois há decisões que extrapolam sua governabilidade, tais como:

1. Instituir o SNA depende da vontade dos gestores e, tendo em vista que ainda há a percepção equivocada de que auditoria é algo punitivo e não auxiliar da gestão, vários gestores não demonstram interesse na implantação do Componente do SNA. A consequência é que o Denasus, por vezes, é demandado a realizar auditorias e atividades administrativas que seriam de competência de componentes estaduais e municipais;
2. A ausência de atuação da Comissão Corregedora Tripartite (CCT), que apesar do nome equivocado, tem a função de zelar pelo funcionamento harmônico e ordenado do Sistema, de identificar distorções no SNA e propor à direção do SUS melhorias e resolver impasses surgidos no âmbito do Sistema;
3. Excesso de demandas externas de auditoria, muitas vezes em caráter impositivo, leva a atuação como indutor do SNA a ser relegada a segundo plano, uma vez que especialmente as Seaud não contam com corpo funcional compatível com a execução de ambas atividades;
4. Competências distorcidas e controversas apresentadas na legislação que regulamenta o SNA, como a Lei nº 8.689/1993 e o Decreto nº 1651/1995, como apontado pelo TCU no relatório condutor do Acórdão nº 1.246/2017, especificamente no item Visão Geral do Objeto.

2. Falta de independência e autonomia

Em relação aos apontamentos constantes no item “II – Falta de independência e autonomia”, tem-se a esclarecer primeiramente que, a despeito de a alteração do posicionamento do Denasus na estrutura do Ministério da Saúde não estar na

governabilidade do Departamento, a discussão vem sendo feita, mormente nos últimos meses, e há sinalização de que a estrutura organizacional será alterada no tocante à subordinação hierárquica do Denasus.

No que tange ao relacionamento entre o Denasus e o CNS, entende-se haver necessidade de se estreitar o contato entre as áreas, de modo a se discutir a forma com que tal relação permitirá que a atuação de ambas seja inter-relacionada e retroalimentada.

Sobre a limitação de acesso a informações disponíveis em sistemas do MS, em 2016, enviou-se o Memorando n. 7-SEI/2017/COSAUD/DENASUS/SGEP/MS à secretária da SGEP, com o intuito de solicitar a intervenção do excelentíssimo Ministro da Saúde no caso em tela, sanando essa distorção. Assim sendo, várias unidades do Ministério da Saúde gestoras dos programas forneceram as orientações necessárias para que os técnicos do Denasus pudessem acessar os sistemas.

Em relação às que não prestaram informações necessárias, foram feitas reiteraões pela SGEP. Para aqueles sistemas cujo acesso resguarda alguma privacidade de dados e depende de aspectos legais quanto à consulta nominal de pacientes, a exemplo da AIH e APAC, foram indicadas pessoas específicas no Denasus e nas Seções de Auditorias para que sejam cadastradas para acesso a tais sistemas.

Quanto à limitação do corpo técnico do Denasus, duas considerações merecem ser feitas: a primeira diz respeito ao quantitativo de servidores aqui lotados, aí incluídas as Seaud. O Acórdão nº 1246/2017 – TCU/Plenário recomendou que fosse elaborado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com o (ex)-Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão e o da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União, um plano de ação para suprir o quadro de pessoal do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e das seções de auditoria dos 26 núcleos estaduais, devido à grande quantidade de aposentadorias previstas a partir de 2019.

Foi recomendado também, de acordo com esse acórdão, no item 9.5.9.1, que o Denasus e as Seaud definissem o perfil profissional para o servidor que realizará atividades de auditoria e, a partir desse perfil, elaborassem um plano de capacitação para esses servidores. Dessa forma, e visando identificação do quantitativo de pessoal estimado para as unidades e do perfil profissional necessário para gerar os resultados em cada processo de trabalho dessas unidades, realizou-se o Dimensionamento da Força de Trabalho (DFT) do Denasus, processo coordenado pela CGESP/SAA/SE, que em seu Relatório Consolidado concluiu que o Departamento deve ter um quadro de 818 servidores e que, considerando as previsões de aposentadoria, até final de 2019, haverá um déficit de 489 servidores.

Diante disso e ciente de que a medida mais adequada para a recomposição da força de trabalho é a realização de concurso público para preenchimento das vagas existentes, mas que a realização do certame demanda longo tempo, o Denasus apresentou proposta de realização de novo processo seletivo interno que envolvesse o Denasus e a CODEP/CGESP na elaboração do edital, com critérios que atendessem os perfis identificados no DFT. Para tanto, foi elaborada minuta de portaria que seguiu anexa à proposta acima citada, a qual retornou para análise da nova gestão da SGEP, haja vista ter sido encaminhada ainda na gestão anterior, não se tendo ciência até o momento de deliberação a respeito da matéria. Ademais disso, este Ministério como um todo tem

feito reiteradas gestões junto ao Ministério da Economia, no sentido da recomposição da sua força de trabalho por meio de concursos públicos.

Outra questão relevante em relação à limitação do corpo técnico diz respeito à baixa oferta de cursos de qualificação e déficit de servidores com formação específica em auditoria. Durante o exercício de 2018, o Denasus buscou capacitar seus técnicos para aperfeiçoá-los e, conseqüentemente, melhorar o processo de auditoria e o produto derivado dele, que é o relatório de auditoria. Nesse sentido, em 2018, parcerias feitas com órgãos de controle, como Controladoria-Geral da União (CGU) e Tribunal de Contas da União (TCU), proporcionaram capacitação nos seguintes temas listados abaixo:

- a. Gestão de Risco e Controles Internos: curso promovido pela CGU e ofertado a 60 técnicos do Denasus;
- b. Referencial Técnico da Auditoria Interna Governamental: ao todo foram capacitados mais de 300 técnicos do Denasus. A atividade foi promovida pela CGU;
- c. Aperfeiçoamento em Auditoria: o curso é ofertado aos auditores do TCU, contudo, o órgão permitiu que cinco técnicos do Denasus participassem de uma de suas turmas.

Além do listado acima, o Denasus, em parceria com a CODEP busca outras alternativas para capacitar e aperfeiçoar seu corpo técnico. Porém, depende da agenda e disponibilidade das entidades e órgãos parceiros que também enfrentam problemas como diminuição da força de trabalho. Nesse sentido, o Denasus iniciou ciclos de capacitação interna, tendo como instrutores, técnicos com mais experiências e que já foram capacitados em métodos e técnicas de auditoria para auxiliar os servidores que ingressaram no Departamento.

Ademais, com o objetivo de criar espaço para atualização e aperfeiçoamento dos servidores do Denasus e Seções em temas relacionados às políticas de saúde implementadas pelo MS, o Departamento está promovendo, por meio de encontros temáticos, discussão de temas importantes do setor saúde com áreas técnicas do Ministério da Saúde. O primeiro foi feito em 04/02/2019 tendo como tema central da discussão a Política Nacional de Regulação.

3. Atividades de Controle Interno (e não de Auditoria)

Em relação à atuação deficiente do Denasus como auditoria interna, a tudo que já foi exposto, ressalta-se a contradição apresentada no normativo que cria e regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), pois ora disciplinam a atuação do Denasus e dos demais componentes como controle interno, ora como auditoria interna. Ademais, soma-se a isso a definição imprecisa das competências regimentais deste departamento previstas em decretos de reestruturação do Ministério da Saúde.

Sobre esse, na reestruturação atual, o Denasus já se manifestou no sentido de solicitar alteração de suas competências para que melhor espelhem seu real papel no âmbito do Ministério da Saúde, que é a terceira linha de defesa. Contudo, em relação ao previsto na Lei nº 8.689/1993 e no Decreto nº 1.651/1995, o Denasus não tem governabilidade para alterá-los, uma vez que tratam de competências que foram estruturadas e discutidas por representantes das três esferas de governo.

Entretanto, a situação apresentada acima causa prejuízo ao Departamento, pois áreas técnicas desta pasta e órgãos externos (como TCU, Ministério Público, Poder Judiciário, entre outros) demandam ações de controle interno, amparadas nos atos normativos já citados, que sobrecarregam o corpo funcional, o que limita sobremaneira a atuação como auditoria interna.

Por fim, como já dito nos itens I e II, no que está sob a governabilidade deste Departamento, soluções para fortalecer sua atuação como órgão efetivo do sistema de auditoria interna do SUS estão sendo estudadas.

Ainda, se entende oportuno manifestar-se também em relação ao conteúdo final do primeiro parágrafo da pag. 31 do Relatório Preliminar, ou seja, a informação de que "o Denasus não realiza o monitoramento das recomendações emitidas, bem como não há sistemática de mensuração dos resultados e da efetividade dos trabalhos de auditoria". Sobre esse tema, informa-se a recente criação da Coordenação-Geral de Monitoramento de Recomendações de Auditoria (CGMRA) deste Departamento, conforme previsto no item III, artigo 40, do Decreto n. 8.901/2016, tendo como competência principal monitorar o cumprimento das recomendações resultantes das atividades de auditoria realizadas pelo Denasus.

Porém, importante ressaltar que o processo de monitoramento no âmbito da CGMRA/Denasus vem ocorrendo, em grande parte, de modo a atender a Advocacia-Geral da União, às Procuradorias da Administração Pública Indireta, ao Ministério Público da União, aos Ministérios Públicos Estaduais, aos Tribunais de Contas Estaduais e Municipais, que demandam informações relativas à implementação das recomendações exaradas nos relatórios de auditorias do Departamento.

Informa-se que no ano de 2017 foram realizadas aproximadamente 600 análises e no ano de 2018 foram realizadas aproximadamente 800 análises de recomendações implementadas decorrentes das auditorias realizadas pelo Denasus, das quais resultaram a produção e envio de documentos oficiais aos interessados. O objetivo desta atividade é auxiliar os órgãos de Controle Interno e Externo na tomada de decisão em julgamento de processos por impropriedades/irregularidades e desvio de recursos da saúde, e, ainda, esclarecer dúvidas quanto aos dispositivos legais e regulamentares no âmbito da saúde, referentes à implementação de recomendações exaradas nos relatórios de auditoria do Denasus pelos entes auditados.

Para 2019, o Denasus planeja estruturar uma metodologia de monitoramento de ações de forma planejada, que prevê a definição de indicadores e metas, permitindo aferir o grau da implementação de recomendações e os benefícios advindos, com vistas a produzir informações gerenciais para subsidiar a tomada de decisão. Nesta perspectiva, já foi identificada e dimensionada a necessidade de desenvolver um sistema de monitoramento, concedendo acesso aos gestores de cada programa do Ministério da Saúde, possibilitando o registro da implementação das recomendações. Dessa forma, fica dispensada a manifestação mediante ofícios, agilizando e facilitando a comunicação entre os gestores e o Departamento.

Além disso, como parte do esforço para melhoria do desempenho de suas funções, o Denasus vem intensificando o diálogo com as áreas responsáveis neste Ministério por realizar a gestão dos programas de saúde, de forma a induzir a atuação dessas junto aos entes federativos, identificando as barreiras e dificuldades enfrentadas pelos gestores,

resultando na aprendizagem, retroalimentação e aperfeiçoamento do processo de monitoramento do SUS.”

II – ANÁLISE DA EQUIPE DE AUDITORIA

Considerando as manifestações do Ministério da Saúde, cabem considerações como se segue.

Item 3 do Relatório - Transferências fundo a fundo em desacordo com os critérios legais estabelecidos

Inicialmente, cumpre destacar que o Ministério da Saúde (MS) reforça o entendimento da CGU acerca do caráter de primeira linha que cabe ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), junto às Secretarias Finalísticas. Nesse sentido, enquanto órgãos participantes do sistema de controle do Ministério, suas atividades no processo de monitoramento e avaliação se assemelham, respeitadas as particularidades do respectivo escopo de atuação. Assim, assegura-se a inter-relação inerente a essas áreas, de forma que ambas possam contribuir para a realização adequada de suas atribuições.

Além disso, conforme exposto na manifestação do Ministério, a integração, organização, consolidação e divulgação de dados orçamentários e financeiros cabe ao FNS, cujos objetivos são, além de propiciar subsídios para melhorias nas políticas públicas, o de garantir o cumprimento da Lei Complementar nº 141/12, o de proporcionar transparência (acesso público) e o de dar ciência ao sistema de controle (direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis) em caso de descumprimento da referida lei.

Ademais, o MS se posicionou a respeito da comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo FNS, a ser realizada pelos entes beneficiários no Relatório de Gestão. Isso vai ao encontro do proposto pela CGU, haja vista que o processo de prestação de contas, materializado sob a forma do respectivo relatório, faz parte da gestão das transferências fundo a fundo (planejamento, execução e prestação de contas). Entretanto, esse processo deve estar associado ao processo de monitoramento e avaliação, a fim de que a Unidade tenha condições de verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto na Lei Complementar nº 141/12, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde.

Cabe destacar também que, ao afirmar que o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento é repositório para todos os arquivos dos instrumentos de planejamento do SUS, a Unidade reforça o risco apontado pela CGU quanto à necessidade de que se vinculem as discussões/decisões a respeito dos instrumentos (tal qual a implantação da estratégia denominada DigiSUS) à definição prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação, haja vista que já foi constatada a caracterização do sistema SARGSUS como um repositório de arquivos do tipo “.pdf”.

Por fim, no que diz respeito às demais manifestações, não foram apresentados elementos que pudessem adicionar informações ou contra-argumentos relativos aos

fatos já apresentados no corpo do relatório, não havendo, portanto, análises adicionais a serem realizadas.

Item 4 do Relatório - Limitações no processo de monitoramento e avaliação

Em relação às informações trazidas pelo Ministério da Saúde (MS), em especial o trecho a seguir, cabem os comentários como se segue:

Importa destacar que, no âmbito federal, o DEMAS faz a gestão do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car), ferramenta que auxilia o monitoramento de metas da gestão pelo Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde. O monitoramento é realizado quadrimestralmente, no qual os responsáveis de cada área finalística cadastrados no sistema emitem pareceres sobre o andamento das metas e iniciativas referentes às políticas/programas que acompanham. Os pareceres apresentados no e-Car apresentam (i) Cenário Atual - informações sobre o andamento dos projetos, levando em conta as variáveis, positivas ou negativas, que caracterizam o atual cenário; (ii) Pontos Críticos - registro de problemas que devem ser documentados, de forma que possam ser avaliados e resolvidos; e (iii) Recomendações - indicação de decisões que deverão ser tomadas para manter o cenário atual, no caso de uma avaliação positiva, ou para superar os pontos críticos apresentados.

Dessa forma, s.m.j., no âmbito federal, cientes que não se trata do contexto delimitado pela auditoria das transferências fundo a fundo, entendemos que o DEMAS cumpre seu papel regimental de articulador e integrador das ações de monitoramento e avaliação realizadas no âmbito do MS. Outrossim, no âmbito estadual, distrital e municipal, esse papel se encontra, de fato, incipiente, e a atuação individualizada das Secretarias nas ações de M&A ainda predomina. Porém, merece registro a retomada do Grupo de Trabalho (GT) instituído pela Portaria nº 611/2017, revogada pela Portaria 3090/2018, cuja finalidade é a de propor a definição de responsabilidades e estabelecer fluxo interno de circulação e utilização das informações contidas nos Planos de Saúde e nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) municipais, distrital e estaduais, de modo a possibilitar a análise sistemática dessas informações e a sua utilização como subsídio à tomada de decisões. Este GT terá até o fim de junho de 2019 para enviar ao Secretário-Executivo do MS um documento técnico contendo a conclusão dos trabalhos realizados.

Quanto ao sistema e-CAR, ainda que tenha sido tratado no relatório como exemplo de monitoramento e avaliação realizado pelo Ministério da Saúde (MS), não fez parte do escopo deste trabalho a avaliação de tal sistema. Ao se propor a *“auxiliar o monitoramento de metas da gestão pelo Plano Plurianual e Plano Nacional de Saúde”*, revela-se uma relação entre o Ministério e o Congresso Nacional e o Conselho Nacional de Saúde, respectivamente. Entretanto, o objeto deste trabalho está na relação entre o MS e os entes subnacionais. Entende-se que é por meio do monitoramento e avaliação da execução – a qual se dá majoritariamente por estados, DF e municípios – e das prestações de contas que o Ministério terá condições de exercer de forma adequada a relação com o Conselho e com o Congresso.

Nesse sentido, o fato de o Ministério ter afirmado que, *“no âmbito estadual, distrital e municipal, esse papel se encontra, de fato, incipiente, e a atuação individualizada das Secretarias nas ações de M&A ainda predomina”* reforça a fragilidade apontada no relatório. A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNMA) deveria indicar, minimamente, o fluxo, as diretrizes, os princípios, os atores, as responsabilidades, os prazos/periodicidade, entre outras informações, proporcionando transparência dos

critérios aos envolvidos – dos entes subnacionais às Unidades do Ministério da Saúde (Secretarias Finalísticas, Fundo Nacional de Saúde, entre outras), a fim de garantir a unidade do processo de monitoramento e avaliação. Entretanto, a sua ausência, conforme constatado no relatório, prejudica a atuação adequada dos agentes envolvidos e, por consequência, do próprio processo.

Quanto à ausência de produtos voltados à tomada de decisão, o Ministério da Saúde aponta o *“desenvolvimento de solução de gestão de informação denominada DigiSUS Gestor”* como solução. Informa também que o DigiSUS, o qual faz parte da Estratégia e-Saúde para o Brasil, *“tem por objetivo desenvolver, estruturar e assegurar o acesso a informações estratégicas em saúde para apoio à tomada de decisão por parte dos gestores do SUS”*, constituindo-se *“em plataforma web um portal otimizado para acesso a dados e informações e para a realização de ações de planejamento, análise e monitoramento em saúde no âmbito do SUS”*.

Ainda que não tenha sido avaliado neste trabalho, o sistema apontado foi trazido no relatório a fim de dar transparência da solução técnica indicada pelo Ministério para os achados apontados pela auditoria. Nesse sentido, coube à CGU apontar os riscos referentes ao desenho e à implementação de uma ferramenta tecnológica dissociada de uma discussão prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação ao qual estará vinculado e cuja função é de contribuir para sua eficiência e eficácia. Assim, o posicionamento da CGU se mantém no sentido de que se avalie a solução sob o contexto de estrutura e de processo, a fim de que ele contribua para a gestão.

Por fim, no que diz respeito às demais manifestações, não foram apresentados elementos que pudessem adicionar informações ou contra-argumentos relativos aos fatos já apresentados no corpo do relatório, não havendo, portanto, análises adicionais a serem realizadas.

Item 5 do Relatório - Perspectivas da infraestrutura tecnológica

Quanto ao trecho extraído da Manifestação do Ministério da Saúde disposto a seguir, cabem os comentários como se segue:

Assim o Ministério da Saúde pretende aprofundar e intensificar as ações no sentido de esclarecer e estruturar melhor o processo, para monitorá-lo e aperfeiçoá-lo, haja vista a quantidade de departamentos envolvidos com essa estratégia. Por todo o exposto, **avalia-se que o sistema DGMP trará significativa melhoria ao monitoramento e avaliação da execução de transferência de recursos federais, porquanto o DigiSUS que corresponde a estratégia de e-Saúde para o Brasil, o que propiciará um aperfeiçoamento em sua estrutura e processos. (Original sem grifo)**

Conforme destacado nas análises anteriores, o sistema DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) não foi escopo de avaliação deste trabalho, trazendo-se à discussão os riscos referentes ao desenho e à implementação de uma ferramenta tecnológica dissociada de uma discussão prévia da estrutura organizacional e do processo de monitoramento e avaliação ao qual estará vinculada.

A estrutura organizacional, definida a partir dos objetivos da organização, é composta pelos sistemas de responsabilidade (alocação de atividades), de autoridade (distribuição do poder) e de comunicação (interação entre unidades organizacionais). Já o processo

organizacional pode ser entendido como um conjunto de atividades, com relação lógica entre si, executadas sequencialmente e que, ao adicionarem valor aos insumos do processo, produzem resultados (bens, serviços ou informações), os quais serão direcionados a um cliente (interno ou externo).

Conforme trecho destacado na Manifestação do Ministério, o entendimento é de que a ferramenta *“propiciará um aperfeiçoamento em sua estrutura e processos”*. Entretanto, a visão da CGU é de que, considerando os problemas constatados em termos de estrutura e de processo, a atribuição dessas correções à ferramenta extrapola a sua função de contribuir para a eficiência e eficácia da gestão, incorrendo no risco de se tornar um procedimento formal (burocrático) em detrimento da contribuição para a consecução de objetivos, conforme já destacado no relatório.

Por fim, no que diz respeito às demais manifestações, não foram apresentados elementos que pudessem adicionar informações ou contra-argumentos relativos aos fatos já apresentados no corpo do relatório, não havendo, portanto, análises adicionais a serem realizadas.

Item 6 do Relatório - Limitações estruturais da atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e dos Conselhos de Saúde

No que diz respeito à Unidade Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), o Ministério da Saúde reiterou o prejuízo às atividades de auditoria interna próprias do Departamento, atribuindo as causas, em geral, a óbices além da governabilidade da Unidade. Entretanto, informou que já vem adotando medidas no sentido de solucionar os apontamentos realizados.

Cabe destacar que a CGU entende que o reposicionamento do Departamento dentro da estrutura organizacional do Ministério, associado à formulação e a implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS, pode contribuir para uma melhor organização do sistema de controle no Ministério, de forma que os atores possam exercer suas competências dentro de um processo claro e transparente, cujo objetivo final é a prestação do serviço público de saúde.

Por fim, no que diz respeito às demais manifestações, não foram apresentados elementos que pudessem adicionar informações ou contra-argumentos relativos aos fatos já apresentados no corpo do relatório, não havendo, portanto, análises adicionais a serem realizadas.

II – MANIFESTAÇÃO DA UNIDADE EXAMINADA

Nesse tópico, transpor-se-á integralmente a manifestação do Ministério da Saúde quanto aos achados dispostos neste relatório, consubstanciada na Nota Informativa nº 10/2019-FNS/SE/MS, a qual foi encaminhada por meio do Ofício nº 1571/2019/CGCIN/DINTEG/MS:

“1. Trata-se do processo SEI nº 00190.112051/2018-21, referente ao Relatório de Auditoria nº 201801755, da Controladoria-Geral da União (CGU), sobre os instrumentos de monitoramento e avaliação próprios da gestão do Ministério da Saúde, relativos às transferências fundo a fundo, encaminhado pela DIAN para ciências e providências no que couber pela DEFNS.

2. Em síntese, os entendimentos consolidados pela CGU no referido relatório foram os

seguintes:

a) Cabe à “primeira linha de defesa” do sistema de controle interno do MS, constituída ação integrada do FNS com as secretarias finalísticas, o monitoramento e avaliação do desempenho orçamentário e financeiros dos recursos transferidos fundo a fundo destinados a implementação de Ações e Serviços Públicos de Saúde pelos entes federativos beneficiários dos recursos. Para isso, a CGU entende que o Ministério deve promover ações para a integração, organização, consolidação e divulgação de dados orçamentários e financeiros, com vistas a:

- propiciar subsídios para melhorias nas políticas públicas;
- garantir o cumprimento da Lei Complementar nº 141/12;
- proporcionar transparência (acesso público) e o de dar ciência ao sistema de controle (direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis) em caso de descumprimento da referida lei.

b) A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo FNS, a ser realizada pelos entes beneficiários no Relatório de Gestão. No entanto, este processo deve estar associado ao monitoramento e avaliação, por amostragem, do cumprimento das disposições da LC nº 141/12 e a veracidade das informações. Parte importante desse processo trata da implantação e consolidação do sistema DIGISUS – Módulo Planejamento, a cargo do DATASUS e DAI. Em suma, a CGU entende que é preciso que as áreas técnicas do Ministério façam análise sistemática dos RAG’s, inclusive com vistas ao com vista a identificar informações que possam subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões dos gestores responsáveis;

c) Como instrumento voltado para a tomada de decisão, o MS indicou o desenvolvimento do Sistema DIGISUS – Gestor, parte da estratégia E-Saúde, que constitui em uma plataforma web um portal otimizado para acesso a dados e informações e para a realização de ações de planejamento, análise e monitoramento

em saúde no âmbito do SUS. Até a implementação da solução, a CGU entende que não existem documentos ou instrumentos que compilem, organizem e avaliem os resultados das políticas públicas de saúde promovidas com recursos das transferências fundo a fundo, a fim de proporcionar elementos aos tomadores de decisão a respeito da eficiência e eficácia das políticas; d) No entanto, a CGU aponta riscos no desenvolvimento dos sistemas acima relatados sem que antes haja a discussão e definição da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação (PNMA), a qual deve indicar, minimamente, o fluxo, as diretrizes, os princípios, os atores, as responsabilidades, os prazos/periodicidade, entre outras informações, proporcionando transparência dos critérios aos envolvidos – dos entes subnacionais às Unidades do Ministério da Saúde (Secretarias Finalísticas, Fundo Nacional de Saúde, entre outras), a fim de garantir a unidade do processo de monitoramento e avaliação. Esse processo deve ser coordenador pelo GAB/SE com o apoio técnico do DEMAS;

e) Por fim, foi recomendado o reposicionamento na estrutura organizacional do DENASUS (órgão da terceira linha de defesa do sistema de controle ministerial), para que, vinculado ao GM, possa contribuir de maneira mais efetiva na organização do sistema de controle do Ministério. Vale lembrar que este reposicionamento já ocorreu por meio do recente Decreto nº 9795, de 2019, que alterou a estrutura regimental do MS.

3. Assim, em ratificação às informações já prestadas pelo MS por meio da Nota Técnica Conjunta Nº 2/2019-SE/GAB/SE/MS (SEI 8089606), cumpre informar os encaminhamentos já adotados pelo FNS, no estrito âmbito de suas atribuições institucionais, em relação aos apontamentos do Relatório de Auditoria nº 201801755:

I) Encaminhamento de proposta de alteração da portaria de alteração da Portaria de Consolidação nº 6, de 2017, para dispor sobre a nova denominação dos Blocos de Financiamento; a reorganização dos Grupos de Identificação das transferências federais de recursos da saúde; e os procedimentos e prazos a serem observados pelos Órgãos e Unidades Administrativas Diretas e Indiretas do Ministério da Saúde no encaminhamento de solicitações de pagamento ao FNS, para operacionalização de transferência de recursos federais da saúde na modalidade fundo a fundo – **processo SEI 25.000.189584/2014-98**. Basicamente a proposta visa a:

a) correta identificação das informações necessárias para a operacionalização dos atos de gestão orçamentária, financeira e contábil dos recursos, a saber: do bloco de financiamento, do grupo de identificação das transferências, da funcional programática, do plano orçamentário e da natureza da despesa, bem como do beneficiário final e do valor do repasse;

b) clara definição dos atores e responsabilidade envolvidos nos processos de transferências fundo a fundo;

c) a instituição do sistema gerencial de apoio à gestão orçamentária e financeira dos recursos do FNS, o SISPROFNS, por meio dos qual serão gerados e tramitados as informações e documentos necessários à formalização dos processos administrativos de pagamento e sua vinculação ao Sistema Eletrônico de Informações – SEI;

d) a necessidade de manifestação expressa e conclusiva da autoridade responsável pela política pública quanto ao cumprimento, por parte dos entes beneficiários, tanto dos requisitos para recebimento dos recursos quanto dos critérios de manutenção do repasse;

e) os prazos a serem observados pelas unidades do Ministério no encaminhamento das solicitações de pagamento das transferências fundo a fundo, de modo a dar previsibilidade aos entes beneficiários das transferências federais destinados à implantação de ações e serviços públicos de saúde. **Para a definição dos prazos, tramita proposta de portaria específica por meio do SEI 25.000.184741/2018-01;**

f) estabelecer diretrizes para a gestão financeira do FNS, ou seja, a implementação das medidas necessárias para efetivação dos pagamentos, inclusive seu fluxo e tempestividade – a depender dos limites dados pela programação financeira, de responsabilidade do Órgão Central dos Sistemas de Administração Financeira Federal e de Contabilidade Federal, a saber, a Secretaria do Tesouro Nacional (STN) do Ministério da Economia – sem que haja necessidade de novas “autorizações” da secretaria finalística, estando, não obstante, sob a coordenação e apoio da Secretaria Executiva do MS, conforme previsto no inciso IV do art. 4º do Anexo I do Decreto nº 9795/2018;

g) a renomeação dos blocos de financiamento por meio dos quais são realizadas as transferências fundo a fundo de recursos da saúde, definida nos incisos I e II do art. 3º da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, para “Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde” e “Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde”, respectivamente, de modo a evitar a recorrente confusão dos termos “custeio” e “investimento” com agregadores que tratam exclusivamente de categorias econômicas da receita e da despesa (correntes ou de capital);

h) a reorganização dos Grupos de Identificação das Transferências relacionados ao nível de atenção constante dos incisos I e II do art. 1.150 da Portaria de Consolidação GM/MS 6/2017, que passam a ser os mesmo para ambos os blocos de financiamento de modo a melhorar a rastreabilidade e a correlação analítica dos grupos com as atuais Subfunções Orçamentárias da saúde por meio das quais são organizados os repasses relacionados à manutenção das ações e serviços públicos de saúde e a estruturação da rede de serviços destinados a sua implantação.

II) Comunicação ao Grupo Técnico do SIOPS sobre as mudanças em andamento para as adaptações necessárias na Matriz de Saldos Contábeis e no ementário de receitas orçamentárias – de responsabilidade da STN também integrante do GT – que deve ser incorporada ao SIOPS para melhor organização e integração das informações dos recursos repassados pelo FNS (receitas, a partir dos dados consolidados no site do FNS) e executadas pelos entes federativos beneficiários (despesas, informados de forma declaratório pelos entes a partir dos parâmetros de contabilidade pública). Com o apoio técnico e de infraestrutura tecnológica do DATASUS, cabe ao DESID acompanhar a implementação da MSC e do Ementário no SIOPS e ao DAI a sua adaptação e integração ao sistema DIGISUS.

A expectativa é que a integração de informações entre os sistemas (site FNS, SIOPS e DIGISUS) permita a verificação e checagem de consistência das informações orçamentárias e financeiras de forma automatizada, possibilitando, inclusive, a emissão de alertas aos gestores das secretarias finalísticas, responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde financiadas pelos repasses associados às programações orçamentárias do OGU, para que eles possam identificar informações com vistas a subsidiar o aprimoramento das políticas de saúde e a tomada de decisões na sua área de competência ou, se for o caso, sempre que constatadas irregularidades, indicar a realização de auditoria e fiscalização específica pelo DENASUS, que, sempre que possível, deverá atuar de maneira integrada com os demais componentes do Sistema Nacional de Auditoria.

III) A padronização e integração das informações orçamentárias e financeiras nos sistemas e instrumentos citados no item anterior são fundamentais para a rastreabilidade dos recursos federais da saúde, parte central do que a CGU chamou de “monitoramento do desempenho orçamentário-financeiro das transferências fundo a fundo”, responsabilidade da primeira linha de defesa do sistema de controle do Ministério. Conforme previsto na legislação pertinente ao SUS, a demonstração da aplicação dos recursos repassados pelo FNS deverá ser demonstrada ao final do exercício financeiro, por meio dos instrumentos legais previstos na Lei Complementar n. 141/2012 e Lei Complementar n. 101/2000, quais sejam o Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) que, neste último caso, é obtido pelo SIOPS.

O fluxo de informações é, em síntese, o seguinte:

- LOA Federal define o Programa de Trabalho para execução orçamentária pelo Ministério da Saúde;
- O MS repassa aos entes da Federação, por meio do FNS, os recursos previstos em cada Programa de Trabalho (constituídos por identificadores da função/subfunção/programa/ação orçamentária);
- Os Entes da Federação recebem os recursos do FNS e registram na Fonte de Recursos respectiva, executam seus orçamentos e informam os dados ao SIOPS;
- O registro das Receitas será realizado conforme rol definido pela STN no Ementário de Receitas orçamentárias da Matriz de Saldos Contábeis. A Fonte é o grande agregador de Receitas. No caso das receitas oriundas do FNS, o ente deverá somar todas as Receitas recebidas nos Blocos, por Grupo, para conhecer o valor total de recursos disponível na Fonte 214.0000 – Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal – Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (MANUTENÇÃO) ou na Fonte 215.0000 – Transferências Fundo a Fundo de Recursos do SUS provenientes do Governo Federal – Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde (ESTRUTURAÇÃO);

- No caso da Despesa, a informação é detalhada pelo ente federativo responsável pela aplicação dos recursos, por Fonte, Subfunção e Natureza da Despesa, até o nível de Elemento de Despesa;

Dessa forma – no SIOPS e, de maneira geral, nos sistemas de informação do MS como o DIGISUS –, a rastreabilidade dos recursos do SUS transferidos pelo Governo Federal será realizada, especialmente, pelo registro da informação em cada Subfunção, nas duas fontes destinadas aos recursos repassados pelo FNS. Para isso, busca-se, também, com a alteração relatada no item 1.h) acima uma maior e melhor correlação entre os Grupos de Identificação das Transferências e as subfunções orçamentárias da saúde. No entanto, cumpre ressaltar que, segundo informações do DESID, o SIOPS somente deverá iniciar o processo de importação da MSC a partir de 2020.

4. São essas as informações que temos a apresentar até o momento e que submetemos à apreciação do Diretor. Adicionalmente, sugere-se encaminhamento à DIAN/SE para eventuais considerações complementares, acompanhamento do processo e demais providências cabíveis.

À consideração superior.

Assessoria Técnica – DEFNS/SE

De acordo. Encaminhe-se conforme proposto

Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde – DEFNS/SE”

III – ANÁLISE DA EQUIPE DE AUDITORIA:

A manifestação constante na Nota Informativa nº 10/2019-FNS/SE/MS traz uma recapitulação da Nota Técnica Conjunta nº 2/2019-SE/GAB/SE/MS e um relato das tratativas em andamento nas diversas áreas do Ministério.

Pode-se dividir tais tratativas em três grandes eixos:

I) Encaminhamento de proposta de alteração da portaria de alteração da Portaria de Consolidação nº 6, de 2017;

II) Comunicação ao Grupo Técnico do SIOPS sobre as mudanças em andamento para as adaptações necessárias na Matriz de Saldos Contábeis e no ementário de receitas orçamentárias;

III) A padronização e integração das informações orçamentárias e financeiras nos sistemas e instrumentos citados no item anterior são fundamentais para a rastreabilidade dos recursos federais da saúde, parte central do que a CGU chamou de “monitoramento do desempenho orçamentário-financeiro das transferências fundo a fundo”.

Cada um destes eixos se desdobra em ações internas de menor proporção, as quais serão monitorados por meio do Plano de Providências Permanente decorrente das recomendações constantes no Relatório nº 201801755.