

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS – PUCMINAS
MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS: GESTÃO DAS CIDADES**

Mauro Macedo Campos

**A *ACCOUNTABILITY* NA PROVISÃO PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL:
FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E CONTROLE DOS GASTOS**

**ACCOUNTABILITY IN THE PROVISION OF PUBLIC HEALTHCARE IN BRAZIL:
FEDERALISM, DECENTRALIZATION AND EXPENDITURE CONTROL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Cidade.
Professor Orientador: Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria.**

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2002

INTRODUÇÃO

Esta dissertação procura tratar da responsabilização dos atores públicos pela correta aplicação dos recursos destinados aos entes federados para o custeio da saúde pública no Brasil.

No decorrer deste trabalho pretendemos efetuar um estudo do novo modelo federativo brasileiro no período pós-Constituição de 1988, analisando os efeitos do processo de descentralização fiscal e os mecanismos de transferência de recursos, tendo como foco o sistema público de saúde. A partir daí, discutiremos as formas de controle e fiscalização destes gastos à luz da questão da autonomia dos governos locais, sublinhando os mecanismos de repasse, financiamentos, tipos de gestão, participação popular e ressaltando a vulnerabilidade dos instrumentos de controle e fiscalização vigentes.

Para tanto, analisaremos as instâncias públicas de controle e fiscalização dos gastos em saúde, aprofundando o estudo sobre a participação dos Tribunais de Contas (União, estados e municípios), sobre as formas de controle social vigentes na área de saúde, realizado principalmente pelos Conselhos de Saúde, e sobre o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) nas três esferas de governo.

As pesquisas serão dirigidas para a averiguação dos formatos das auditorias realizadas nestas contas pelas instâncias citadas e para a verificação da periodicidade e do impacto destas ocorrências. Por fim, observaremos como ocorrem os controles contábil e financeiro destas contas e qual a forma de publicização dos relatórios das auditorias realizadas por estas instâncias.

Há uma infinidade de trabalhos que abordam os fenômenos da saúde pública no Brasil. Na grande maioria dos casos, são estudos cujas temáticas estão relacionadas às situações do cotidiano da saúde, como questões epidemiológicas, políticas de saúde, dentre outras. No entanto, estudos relativos aos controles contábil e financeiro destas contas são raros. Esses trabalhos, de uma maneira geral, discutem a fragilidade do sistema de controle e de fiscalização das contas públicas sem uma análise mais aprofundada acerca da real eficácia das formas adotadas para a realização deste controle dos recursos destinados à saúde pública no Brasil.

Este trabalho de pesquisa tem como objetivo contribuir para um melhor entendimento deste formato de controle, específico para a saúde, e trazer para o meio acadêmico uma discussão que, ao que parece, fica restrita aos campos técnico e político.

Para uma maior compreensão do assunto que estamos abordando nesta dissertação, é importante esclarecermos que o controle externo exercido por agências independentes, no âmbito da realização dos trabalhos de auditoria, relaciona-se à verificação do cumprimento dos princípios, previamente estabelecidos, de conduta contábil, financeira, orçamentária e gerencial, assim como da veracidade das informações geradas e prestadas pela entidade, e à prevenção de atos ilícitos por parte dos gestores.

Discutir a fragilidade dos mecanismos de *accountability* nas contas do sistema público de saúde é algo justificado pela relevância intrínseca da questão, sendo que o desenvolvimento deste estudo poderá contribuir para o entendimento das distorções ocorridas nas alocações e gastos públicos.

As atividades de auditoria, assim como o constante acompanhamento das contas públicas, têm como objetivo o exame da eficiência, da eficácia e da probidade dos atos e das ações dos gestores e dos prestadores de serviços. Elas são, potencialmente, um importante mecanismo de controle e fiscalização nas alocações dos recursos públicos, auxiliando, também, no redirecionamento de eventuais práticas contábeis e administrativas que porventura se apresentam inconsistentes.

A transparência nas contas públicas viabiliza o acesso às informações acerca dos atos praticados pelos administradores públicos, promovendo uma maior divulgação dos seus resultados junto à população. O parecer de auditoria, cuja finalidade é divulgar a opinião do auditor sobre a fidedignidade das demonstrações contábeis, desempenha uma importante função de apoio, representando uma ferramenta de grande relevância na efetiva publicização da gestão da coisa pública.

As auditorias e/ou fiscalizações realizadas junto aos poderes públicos, nas três esferas governamentais, são de caráter exclusivo dos Tribunais de Contas. Estas instâncias realizam, basicamente, controles orçamentários e de programas de governo, não avaliando controles contábeis e financeiros de forma isolada, nas diversas pastas (saúde, educação, etc.); tampouco divulgam para a população a realidade destas áreas. O controle e fiscalização das contas do sistema público de saúde, nas unidades subnacionais de governo, ficam sob responsabilidade do Sistema Nacional de Auditoria, que, além de não realizar auditorias em todas as localidades, também não divulga os resultados destes trabalhos para a sociedade.

No desenvolvimento desta dissertação, partiremos da hipótese de que as auditorias realizadas nas contas do sistema público de saúde, em cada esfera de governo, não têm uma periodicidade de execução. As demandas por estas auditorias não apresentam regularidade. Elas são executadas por solicitação dos Conselhos Municipais de Saúde, dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) local ou como ocorrência de eventuais denúncias de irregularidades.

Aventamos, também, a hipótese de que o órgão responsável diretamente pelo controle e pela fiscalização dos repasses e alocações dos recursos públicos da saúde, o Sistema Nacional de Auditoria, não atende ao objetivo de proporcionar uma relação de transparência entre os gestores públicos e a sociedade. O desconhecimento dos mecanismos de funcionamento e de atuação deste órgão por parte dos agentes sociais, a ausência de uma legislação específica que obrigue e regulamente a execução periódica destas auditorias e o reduzido número de funcionários deste sistema de auditoria dificultam e até inviabilizam a realização frequente de auditorias nas contas. O controle social vigente, via instâncias de participação social (Conselhos de Saúde), não estabelece acompanhamentos técnicos e nem pressiona pela adoção de mecanismos de divulgação dos resultados de forma transparente e inteligível a toda sociedade.

Consideraremos, ainda, que a participação dos Tribunais de Contas (União, estados e municípios) no processo de controle e fiscalização dos gastos do sistema público de saúde não tem regularidade e, quando ocorre, a forma com que se divulgam os resultados dessas auditorias não é inteligível, uma vez que as informações são escrituradas em contas agregadas. Um outro fator a ser considerado refere-se à falta de independência para a realização destes trabalhos de auditoria. Acreditamos ser possível afirmar que os Tribunais de Contas não se constituem como mecanismos eficientes de *accountability* dos gastos públicos na saúde.

Para o desenvolvimento desta dissertação, efetuamos pesquisas documentais e entrevistas junto às instâncias de controle e fiscalização dos recursos destinados às subunidades de governo para o custeio da saúde pública.

A dissertação está estruturada em quatro capítulos. No primeiro discutiremos o conceito e a aplicabilidade do termo *accountability*, focando nos mecanismos de controle, fiscalização e transparência dos recursos públicos. No segundo capítulo voltaremos nossa atenção para o novo modelo federativo adotado no país a partir da Constituição de 1988, objetivando entender o processo de descentralização fiscal e os mecanismos de transferência de recursos públicos para as subunidades de governo. Esta análise tem como propósito a

compreensão dos mecanismos de repasse de recursos públicos para os entes federados e da forma de controle e fiscalização destes recursos transferidos para estas localidades. No terceiro capítulo analisaremos estes mesmos processos de transferência de recursos públicos só que, desta vez, para o sistema público de saúde dos entes federados. Ou seja, serão observados os mecanismos adotados pelo poder público para o financiamento daquele segmento e as formas de controle e fiscalização vigentes. Também observaremos como se dá o imbricamento entre o setor público de saúde e o sistema privado de atendimento à saúde e quais as conseqüências desta relação. O quarto e último capítulo desta dissertação é destinado à análise das pesquisas realizadas junto aos Tribunais de Contas, aos Conselhos de Saúde e ao Sistema Nacional de Auditoria, que são as instâncias responsáveis pelo controle e fiscalização dos recursos destinados à saúde pública. O propósito destas pesquisas foi o de entender o formato adotado por estas instâncias para a averiguação da probidade contábil e financeira da gestão destes recursos e como ocorre a divulgação dos resultados alcançados por estes trabalhos.

**A *ACCOUNTABILITY* NA PROVISÃO PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL:
FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO E CONTROLE DOS GASTOS**

Mauro Macedo Campos

Dissertação submetida ao Curso de Pós-graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMINAS).

Aprovada por:

Professor Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria (PUCMINAS)

Orientador

Professor Dr. Bruno Pinheiro Wanderley Reis (UFMG)

Professora Dra. Maria Regina Nabuco Brandão (PUCMINAS)

Belo Horizonte, 19 de dezembro de 2002.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Dona Santinha e Sr. Messias, irmãos e demais familiares. Aos velhos e novos amigos pelo grande incentivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Agradeço seu estímulo constante e sua dedicação de tempo e energia em ler e discutir as diversas versões do trabalho, desde as discussões sobre o projeto até a versão final. Mais do que sua dedicação, seu espírito crítico e questionamento foram indispensáveis para que eu pudesse reforçar minhas posições e fugir de explicações simplistas para problemas complexos. Sou muito grato à sua interlocução sempre instigante.

Agradeço à professora Maria Regina Nabuco pela amizade e apoio constate.

Ao Curso de Pós-graduação em Ciências Sociais, nas pessoas dos Professores: Antônio Carvalho Neto; Carlos Aurélio Pimenta de Faria; Carlos Alberto Vasconcelos Rocha; José Newton Garcia de Araújo; Léa Souki; Lucília de Almeida Neves; Luciana Teixeira de Andrade; Magda de Almeida Neves; Maria Regina Nabuco; Rômulo Paes de Souza; Sérgio de Azevedo e Tarcísio Rodrigues Botelho. Agradeço também à Ângela.

À CAPES pelo benefício da bolsa para curso de Pós-graduação em Ciências Sociais: Gestão das Cidades da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

Ao convívio com os meus amigos de Mestrado: Alexandre Teixeira; Antônio Augusto; Aurino Góis; Euclides Couto; Fátima Queiroz; Fernanda Lima; Fernanda Paula; Fernando Nacif; Glória Reis; Janaina Moutinho; Jésus Lima; Júnia Santa Rosa; Luciana Assis; Márcia Pereira; Maria Inês Lodi; Mercedes Brito; Michele Arroyo e Ricardo Dutra.

Às pessoas com quem mantive contato nas entrevistas: José Ferraz da Silva; Wallace Oliveira Chaves; José Tanajura Carvalho; Carlos Alberto Nunes; Emanuel Santos; Fábio Clementino. Maria Luíza; João Batista da Silva; Virgílio Bustamante; Elvira Lúcia; Eni Carajá; André Lino; Coronel Gandra; Waldemar Dias; Álvaro de Luna e Blenda Saturnino. Em especial à Tannus Carneiro, que me auxiliou, e muito, nas pesquisas.

O apoio e incentivo constante recebidos da minha família. Meus pais Dona Santinha e Sr. Messias e meus irmãos Beto, Vero, Celina, Flavinho e Mel. Sobrinhos: Fabinho, Didi, Mariana, Gabriel e Felipe.

Também não poderia deixar de fazer um agradecimento especial ao tio Adelbã pelo apoio sempre valioso e à Luciana, pelo incentivo durante todos estes anos.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	009
CAPÍTULO I: <i>Accountability</i> e Democracia no Brasil	013
I.1. <i>Accountability</i>: reflexões preliminares sobre o tema	015
I.2. <i>Accountability</i>: institucionalização e fragilidades	023
I.3. Corrupção e <i>Accountability</i> em Sistemas Democráticos	028
I.4. Institucionalização e Debilidades da <i>Accountability</i> no Brasil	032
CAPÍTULO II: Federalismo, Descentralização Fiscal e Controle dos Gastos Públicos no Brasil	043
II.1. A Construção do Modelo Federativo Brasileiro Pós-Constituição de 1988	045
II.1.1. Federalismo Fiscal no período Pós-Constituição de 1988	045
II.1.2. Descentralização Fiscal e Alocação de Recursos no Novo Modelo Federativo Brasileiro	050
II.2. Controle e Fiscalização dos Gastos Públicos: o papel dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário	064
CAPÍTULO III: O Financiamento do Sistema Público de Saúde no Brasil	075
III.1. O Sistema Público de Saúde no Período Pós-Constituição de 1988	077
III.2. Formas e (In)Definições do Financiamento da Saúde Pública	089
III.3. Financiamento Público e formas de <i>Rent Seeking</i>: notas sobre a dualidade do sistema de saúde	096

CAPÍTULO IV: Instituições de Fiscalização e Controle dos Gastos Públicos em Saúde no Brasil	104
IV.1. Descentralização e <i>Accountability</i> nas Contas do Sistema Público de Saúde	106
IV.2. Instituições de Fiscalização e Controle	110
IV.2.1. O Papel dos Tribunais de Contas	112
IV.2.2. A Participação Popular via Conselhos Municipais no Controle e Fiscalização dos Recursos Destinados ao Custeio da Saúde Pública	123
IV.2.3. O Papel do Sistema Nacional de Auditoria	142
CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
BIBLIOGRAFIA	168
ANEXO I: Relação das entrevistas realizadas	179
ANEXO II: Diagnóstico Situacional do Sistema Nacional de Auditoria nos Estados	181
ANEXO III: Auditoria Externa Independente nas contas do Sistema Público de Saúde: considerações sobre o possível impacto da atuação privada na auditagem do setor público de saúde	191

RESUMO

A dissertação busca analisar o modelo de controle e fiscalização dos recursos financeiros destinados ao custeio da saúde pública brasileira nas subunidades de governo e a publicização destes resultados para a sociedade. Apresenta como um dos objetivos centrais avaliar o modelo federativo brasileiro no período pós-Constituição de 1988, analisando os efeitos do processo de descentralização fiscal no sistema público de saúde. A partir daí, discutimos os processos de transferência dos recursos públicos para as subunidades de governo e as formas de controle e fiscalização dos gastos na saúde, ressaltando as fragilidades dos mecanismos institucionais de *accountability* vigentes na democracia brasileira. Para realizar estas análises, além de uma discussão teórica e conceitual sobre *accountability*, foram feitas pesquisas junto às instâncias de controle e fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde. Analisamos as instâncias públicas de controle e fiscalização dos gastos em saúde, ressaltando os trabalhos de auditoria contábil e financeira realizados nesta área. A pesquisa foi direcionada para os Tribunais de Contas, os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), sendo dado destaque aos instrumentos de controle, fiscalização e divulgação destas auditorias para a sociedade. Assim, procuramos sublinhar, nesta pesquisa, a vulnerabilidade dos mecanismos de controle, fiscalização e coerção vigentes, tendo como ênfase especial os trabalhos de auditorias realizados nas contas do sistema público de saúde e os formatos adotados para a divulgação dos seus resultados para toda a sociedade.

Palavras-chave:

Accountability — controle e fiscalização — descentralização fiscal — transferência de recursos — saúde pública — fragilidade institucional — governos locais — publicização.

ABSTRACT

The dissertation seeks to analyze the model of control and supervision of the resources designated to finance Brazilian public healthcare in the government subunits and the availability of these results to society. One of its main objectives is to evaluate the Brazilian federative model in the period after the Constitution of 1988, analyzing the effects of the fiscal decentralization process in the public healthcare system. Parting from there, arises a discussion of the processes of transference of public resources to the government subunits and the means of control and supervision of expenditure with health, highlighting the fragility of the institutional mechanisms of accountability existent in the Brazilian democracy. In order to obtain these analyses, aside from a theoretical and conceptual discussion about accountability, research was done in the branches of control and supervision of public resources designated to healthcare. An analysis was done of the public branches of control and supervision of expenditure in healthcare, highlighting the works of financial and accounting audits done in this area. The research was directed to the Courts of Accounts, the Health Boards and the National Audit System, with focus on the instruments of control, supervision and availability of these audits to society. This research sought to underline the vulnerability of the mechanisms of control, supervision and coercion existent, with a special emphasis on the audit works done on the accounts of the public healthcare system and the formats adopted to publicize their results to all of society.

Keywords:

Accountability – control and supervision – fiscal decentralization – resource transference – public – health – institutional fragility – local governments – availability.

CAPÍTULO I

I. *ACCOUNTABILITY* E DEMOCRACIA NO BRASIL

Neste primeiro capítulo procuraremos introduzir a discussão sobre o processo de formatação e consolidação dos mecanismos de *accountability* no sistema democrático brasileiro à luz dos desenvolvimentos teóricos propostos por autores que se dedicam ao estudo deste tema, sem, contudo, pretender esgotar os pontos susceptíveis a debates e análises mais profundas.

Após uma abordagem inicial na qual tentaremos elencar e discutir algumas definições de *accountability*, que julgamos pertinentes para o desenvolvimento dos propósitos deste capítulo, nos ateremos à questão central que procuraremos abordar no decorrer deste trabalho, que remete à aparente situação de fragilidade institucional dos mecanismos de *accountability* vigentes na democracia brasileira.

Para tanto, será avaliada, ainda que de maneira sucinta, a relevância da *accountability* no processo democrático. A partir daí, destacamos as questões relacionadas à fragilidade da institucionalização dos processos de *accountability* supostamente capazes de garantir mecanismos eficientes de responsabilização por parte dos gestores públicos, seja quando de ações de dilapidação do patrimônio público, pela negligência em relação aos parâmetros legais vigentes ou pela incapacidade de “responsividade” dos agentes estatais.

A falta de transparência no repasse e alocação dos recursos públicos, no Brasil, vem demonstrando ser resultado, dentre outros fatores, da carência e fragilidade dos processos de auditoria, controle e fiscalização dos gastos públicos, somadas a uma aparente debilidade no desempenho dos integrantes do poder público. Esse fato seria, em certa medida, corroborado pela atuação incipiente do governo central no que se refere a estas iniciativas e, sobretudo, na adoção de medidas coercitivas junto aos gestores públicos envolvidos em atos de improbidade administrativa ou legislativa, precariedade essa atribuída também à ausência de mecanismos eficientes de *accountability*. Ademais, a ineficiência dos instrumentos destinados à divulgação de informações referentes às contas públicas, bem como ao desempenho do gestor público, parece induzir ao descaso e ao mau uso dos recursos públicos (SILVA & COSTA, 1995).

Como o epicentro deste trabalho diz respeito à fragilidade dos mecanismos institucionais da *accountability*, particularmente daqueles relacionados aos processos de auditoria, controle e fiscalização dos recursos públicos repassados para as unidades subnacionais de governo, consideramos importante enfatizar a questão relativa à independência das agências responsáveis pela realização destes processos de auditoria, assim como as formas de divulgação destes resultados (O'DONNELL, 1997).

O presente capítulo está estruturado em quatro seções. Na primeira procuraremos definir o termo *accountability* e a sua importância na construção do processo democrático. Na segunda seção abordaremos, em linhas gerais, os argumentos que ressaltam a fragilidade institucional dos mecanismos de *accountability* quanto à sua função de fiscalização e controle dos atos e gastos públicos. Na terceira seção chamaremos a atenção para os mecanismos de corrupção, perversivos no sistema público brasileiro, expondo as fragilidades dos processos de *accountability*. Na quarta e última seção discutiremos a aplicabilidade da *accountability* no sistema democrático brasileiro, sem, contudo, pretender esgotar os debates acerca do assunto. Por fim, buscaremos relacionar os argumentos discutidos neste primeiro capítulo com os objetivos propostos pelo segundo capítulo, no qual procuramos estabelecer uma ligação entre a construção do novo modelo federativo brasileiro pós-Constituição de 1988 e os mecanismos institucionais de *accountability* vigentes na democracia brasileira. Para tanto, avaliaremos a descentralização fiscal e as formas de repasse dos recursos públicos, bem como os mecanismos existentes de controle e fiscalização destes repasses, efetuados pelas instâncias do poder público.

I.1. *ACCOUNTABILITY*: REFLEXÕES PRELIMINARES SOBRE O TEMA

A literatura sobre *accountability* procura enfatizar, dentre outros fatores, a inquietação e a preocupação acerca da eficácia dos mecanismos de auditoria, controle, fiscalização¹ e punição das ações ilícitas praticadas pelos agentes políticos no exercício de suas funções. Por se tratar de uma relativa inovação conceitual, ainda explorada de maneira incipiente nos meios acadêmicos, as suas dimensões e limites conceituais apresentam-se de maneira pouco clara para toda a sociedade, assim como as suas formas de funcionamento e aplicabilidades (SCHEDLER, 1999).

Campos (1990) chama a atenção para o fato da palavra *accountability* não ter tradução para o português. Partindo desta consideração tentaremos, ao longo deste capítulo, mas sobretudo nesta seção, apresentar uma definição deste termo (p.32).

Esta mesma autora interpreta o termo *accountability* a partir da compreensão do que seria definido por “responsabilidade objetiva” ou obrigação em prestar contas, responder por alguma situação ou fato específico. Nestes termos, segundo a autora, a *accountability* se refere, grosso modo, à responsabilidade objetiva, sendo, portanto, o oposto, mas não necessariamente incompatível, da “responsabilidade subjetiva”. Esta, por sua vez, compreende a condição de responsabilidade inerente a cada agente (pp.33-35).

Quando algum agente no exercício do poder público rompe com os códigos de conduta legal e/ou moral previamente estabelecidos, ocorre, simultaneamente, um descumprimento tanto das diretrizes previstas pela legislação quanto pelo comportamento

¹ Para o desenvolvimento deste trabalho, utilizaremos, grosso modo, como conceito de **auditoria**, a seguinte definição: o levantamento, o estudo e a avaliação das transações financeiras e contábeis efetuadas em determinado período, com o propósito de fornecer aos usuários uma opinião imparcial acerca destas movimentações (PEREZ JR., 1995, p.11). As auditorias se dividem em internas e externas. As primeiras referem-se ao exame dos controles internos e à conseqüente avaliação da gestão, sendo realizadas por profissionais da própria instituição. As auditorias externas destinam-se ao exame das transações financeiras e contábeis em um período específico, sendo efetuadas por profissionais externos à instituição, ou seja, pressupõe uma relação de independência. O produto final deste trabalho de auditoria é o parecer do auditor independente (p.59).

Por **controle** entendemos o plano de organização dos métodos adotados em uma instituição de modo a proporcionar maior segurança no seu patrimônio e normatizar as atividades operacionais. O controle pressupõe a existência de parâmetros legais com os quais devem ser confrontados os atos a serem examinados (PARDINI, 1997, p.31). Também o sistema de controle se divide em interno e externo. O primeiro refere-se à averiguação quanto ao cumprimento e execução de planos, programas e orçamentos, além da alocação correta dos recursos. O controle externo relaciona-se a toda forma de controle exercido por um poder ou órgão sobre a administração de outros (p.40).

Já o termo **fiscalização** em alguns casos pode ser usado como sinônimo de controle, mas possui especificidades próprias, referindo-se ao acompanhamento das medidas adotadas pelo sistema de controle institucional, de modo a corrigir uma eventual não-conformidade nos procedimentos da instituição. Trata-se de uma forma de controle que ocorre simultaneamente à realização de um determinado ato (SPECK, 2000, p.125).

social. Portanto, esta ação ou omissão faz com que este agente esteja sujeito a alguma espécie de punição que ocorre, na maioria das vezes, a partir de cobranças e pressões impostas de fora para dentro que, ainda segundo Campos (1990), corresponderia à *accountability* externa.

Embora as formas de controle externo do aparato estatal chamem mais a atenção, pelo seu caráter regulador e fiscalizador, o controle interno exerce a função de adequar o funcionamento institucional às “boas práticas” de condução da máquina do governo. Como bem ressalta Campos (1990), o controle interno exercido pelo Estado sobre si mesmo pode até ter uma funcionalidade quanto ao aspecto de aprimoramento administrativo, mas não seria suficiente para coibir plenamente medidas discricionárias, abuso de poder, clientelismo, patronagem, dentre outras.

A questão, portanto, seria saber quem ou qual instituição estaria isenta e, ao mesmo tempo, comprometida com o bom desempenho das funções públicas para efetuar, de fora para dentro, este tipo de controle e, a partir daí, ter a condição de aplicar, quando for o caso, punições pelos eventuais desvios de conduta por parte dos agentes públicos. Ou seja: “Quem controla o controlador? Poderia essa ação ficar nas mãos do Estado?” (CAMPOS, 1990, p.35). Portanto, como se daria esta avaliação da probidade ou improbidade nos atos e gastos praticados pelos gestores públicos ou mesmo da sua omissão?

Nesta mesma linha de raciocínio, Schedler (1999) vai considerar que a *accountability* expressa a necessidade de acompanhamento e vigilância constantes, com o propósito de efetivar uma fiscalização institucional e reprimir os gestores públicos, em caso de eventuais desvios de conduta no exercício do poder público. Por isso, os principais objetivos estabelecidos pela *accountability*, de acordo com a análise deste autor, estariam relacionados ao controle e fiscalização das decisões políticas.

Neste sentido, a adoção de mecanismos direcionados para o controle e fiscalização das ações e dos gastos praticados pelos gestores públicos, por meio de agências independentes, auxiliadas pela sociedade civil, teria como propósito estabelecer uma vigilância constante sobre as ações, omissões e gastos dos agentes públicos, visando proporcionar a otimização do funcionamento do aparato governamental.

Até aqui discutimos autores que trabalham o conceito da *accountability* principalmente como sendo um processo de vigilância e controle dos atos e gastos públicos. Porém, o termo envolve, também, mecanismos de prestação de contas, de controle externo e interno, responsabilização e busca de transparência, os quais procuraremos abordar no restante desta seção.

Avritzer (2000), ampliando a problemática do controle e da fiscalização, considera que, na consolidação da moderna democracia, teriam sido estabelecidas estruturas diferenciadas de *accountability*, definidas como: “política, administrativa e societal”.

A *accountability* política seria caracterizada pelo exercício dos direitos políticos da população, por meio de eleições representativas. Este formato de representação, via transferência direta de poderes para o ator político, teria como fragilidade, dentre outras, o fato de os representantes públicos, legalmente constituídos por um período limitado de tempo, terem liberdade para agir também em benefício próprio. A partir desta ação ou omissão, seriam responsáveis pela prestação de contas, por meio de informações periódicas aos seus representados. A questão está, portanto, em como seria o formato destas prestações de contas e como se daria esta divulgação de informações para a sociedade. Por outro lado, a formatação de um sistema caracterizado pela delegação de autoridade e pela transferência de responsabilidades poderia [em tese] induzir o ator político a tomar decisões em conformidade com os interesses desta população, de modo a evitar uma punição nas eleições subsequentes.

Para O’Donnell (1997) a *accountability* política vai ser caracterizada como sendo *accountability* vertical, referindo-se ao instrumental democrático de controle do poder público pela sociedade. Segundo este autor, o mais importante canal de acesso da população a este formato de controle público se daria por meio de eleições livres e periódicas. Portanto, as eleições livres e diretas representariam uma dimensão democrática importante do sistema de *accountability*, posto que colocam como instância de definição o voto popular. De certo modo, este formato de *accountability* vai colocar em pauta questões relacionadas às avaliações dos agentes políticos efetuadas pelos eleitores e aos resultados de cada processo governamental (p.28).

Todavia, o processo eleitoral como instrumental de controle, por si só, parece ser insuficiente para assegurar a responsabilização dos agentes públicos, por meio das prestações de contas dos atos e gastos públicos. Isto ocorreria porque as eleições, sendo um mecanismo de premiação ou punição ao gestor público pelas suas ações ou omissões, não garantiriam que haja responsabilização por parte deste gestor público quanto à transparência na prestação de contas, e nem tão pouco sustentariam um desempenho eficiente e responsável destes agentes políticos (CARNEIRO & COSTA, 2001).

Isto porque, através do voto, a população em tese estaria demonstrando uma avaliação retrospectiva do desempenho dos gestores públicos. Esta avaliação dar-se-ia a partir de informações sobre a conduta executiva e/ou parlamentar destes gestores públicos. Contudo, em função de uma opacidade nos atos parlamentares, tais informações, ao chegarem ao

conhecimento do eleitor, não transmitem confiança quanto à sua isenção e autenticidade. Isto tornaria difícil a ação de controle e a fiscalização por parte da população, assim como pelas agências de *accountability*, o que evidencia os riscos potenciais da *accountability* vertical (AZEVEDO & ANASTASIA, 2002).

Neste contexto, a *accountability* poderia ser entendida como sendo um julgamento retrospectivo acerca das ações ou omissões dos agentes públicos eleitos pelo voto livre e direto, tomando como referência uma avaliação do desempenho deste ator político no cumprimento de suas funções perante a sociedade. Portanto, este formato de *accountability* ressaltaria melhor a sua contribuição para o aperfeiçoamento do processo democrático a partir da participação efetiva da sociedade civil no acompanhamento dos agentes públicos (ARATO, 2000).

De acordo com Fox (2000), a *accountability* estaria vinculada diretamente às relações entre o Estado, os cidadãos e as instituições que sustentam esta relação. Neste contexto, a *accountability* se vincularia aos princípios relacionados à institucionalização de prestação de contas e responsabilização destes gestores públicos perante a população. Portanto, a *accountability* poderia ser vista como uma ferramenta para a manutenção do controle dos agentes públicos, a partir de uma responsabilização pelo seu desempenho em função dos resultados obtidos.

Deste modo, em função de um julgamento posterior, seja pelas urnas ou através de agências independentes de controle e fiscalização, os gestores públicos [em tese] seriam conduzidos a optar pela adoção de políticas que os deixassem em situação privilegiada perante seus eleitores para que, em uma próxima eleição, sejam premiados e não punidos. Porém, vale ressaltar que esta forma de controle via eleições, além de ser periódica, não garante um ambiente no qual os gestores públicos trabalhem no sentido de maximizar as chances de consecução das preferências da população (MANIN; PRZEWORSKI & STOKES, 1999). Adicionalmente, não se deve desconsiderar o fato de que, no modelo atual de democracia representativa, o mandato eletivo é livre, sendo que os representantes públicos possuem ampla liberdade para decidirem pela forma de atuação, ou mesmo pela omissão, tanto no que diz respeito à elaboração de leis como à implementação de políticas públicas, sem nenhuma obrigação formal de auscultar as demandas e os interesses da sociedade ou dos eleitores que os escolheram para os representar.

Em função do modelo de democracia vigente, a população teria acesso, de maneira direta, ao exercício do poder político, estando, contudo, limitada a eleger periodicamente os seus representantes. Como consequência, não poderia ou não teria condições de exercer um

controle efetivo sobre estes agentes públicos, uma vez que o único controle ao alcance seria através dos processos eleitorais. Porém, esta forma de controle não permitiria uma ação corretiva no curto prazo, tendo em vista o caráter periódico das eleições.

A *accountability* administrativa, como definida por Avritzer (2000), representaria uma forma de minimizar as eventuais ações predatórias dos gestores públicos. Tal propósito se efetivaria através da adoção de formas de controle do poder burocrático a partir de acompanhamentos permanentes visando garantir a autenticidade das informações repassadas à população por estas burocracias públicas, além da adoção de investigações junto ao poder Executivo que se dariam por intermédio de agências de *accountability* independentes, de modo a garantir uma prestação de contas transparente quanto às ações e gastos realizados pelos agentes públicos. Portanto, a adoção de mecanismos eficientes de *accountability* administrativa, associados ao exercício constante dos direitos de cidadania, propiciaria uma aparente garantia quanto ao cumprimento das regras impostas pelas leis, evitando, desta forma, violações e abusos de poder por parte de uma burocracia que freqüentemente age de maneira insulada e autônoma.

Estes mecanismos são denominados por O'Donnell (1997) como *accountability* horizontal, que funcionaria através da existência de agências estatais constituídas legalmente, com direitos e poderes para a realização de ações de supervisão, controle e fiscalização dos atos ilícitos, assim como tendo autonomia para exercer sanções legais contra agentes públicos ou mesmo agências de Estado indiciadas ou caracterizadas como delituosas. Os desdobramentos e aplicabilidades da *accountability* horizontal serão discutidos mais detalhadamente na seção seguinte deste capítulo, onde procuraremos destacar a questão da fragilidade institucional do processo de *accountability* no Brasil.

Assim como O'Donnell (1997), Kenney (2000) vai chamar a atenção para o fato de que a configuração da *accountability* não se resume apenas à condição de verticalidade, ou seja, por meio de procedimentos livres e democráticos de eleições periódicas, mas também através da horizontalidade, por meio de redes de instituições autônomas e independentes, com poderes delimitados legalmente, mas com formas definidas de atuação no controle e fiscalização dos atos e gastos dos gestores públicos.

Nesta parte do trabalho, passaremos a discutir a *accountability* societal, que é identificada por Avritzer (2000) através das múltiplas formas e arranjos organizacionais estabelecidos pela sociedade, como os movimentos populares e associações, trazendo novas questões para a agenda pública. Ou seja, a *accountability* societal compreende os mecanismos de intervenção da sociedade no funcionamento do aparato governamental, de modo a manter

um acompanhamento constante das ações praticadas pelos gestores públicos, assim como o controle e fiscalização dos seus gastos.

Aparentemente, a *accountability* societal dá visibilidade e legitimidade a estes movimentos, que se expressam por meio dos canais de participação instituídos e de outras maneiras. As discussões envolvendo questões de interesse público seriam levadas ao conhecimento da sociedade, sobretudo por meio de uma mídia isenta, com liberdade de expressão e disposta a apontar e expor os eventuais desvios dos gestores públicos. A participação da mídia no processo de *accountability* será aprofundada no decorrer das próximas seções deste capítulo.

Nesta mesma linha, Arato (2000) assinala que o controle social seria um processo através do qual entidades e organizações sociais estariam dispostas a realizar procedimentos visando ao controle e acompanhamento da gestão do patrimônio público, do ponto de vista gerencial, escritural e legal, envolvendo, também, questões que remetem à avaliação do desempenho dos agentes políticos na condução do poder público. Ou seja, de acordo com este autor o controle social seria um instrumento essencial no processo de avaliação e acompanhamento do desempenho da gestão pública, cobrando dos atores sociais envolvidos na gestão das políticas públicas uma definição clara das atribuições e responsabilidades destes agentes.

A participação da sociedade civil nas questões que envolvem prestação de contas, bem como a institucionalização das práticas de cobrança por parte dos usuários dos serviços públicos, elevaria o grau de transparência nas contas públicas, aumentando a visibilidade dos mecanismos utilizados pelo poder público nas alocações dos recursos (DINIZ, 1996). Com efeito, tais avanços seriam decisivos para a ampliação da *accountability* do governo, com conseqüências para a provisão de serviços (SOMARRIBA, 1998).

A participação popular faria com que o direito de crítica e de controle seja exercido, também, sobre os parlamentos, os partidos políticos e os meios de comunicação, assim como sobre as diversas agências independentes criadas para exercer a função de *accountability*. Tal procedimento se daria pelo acesso irrestrito às informações acerca da condução das ações dos agentes públicos, bem como de seus gastos. Ou seja, segundo Grau (2000), as prestações de contas seriam um instrumental de grande importância para a configuração da *accountability* societal. Contudo, se não houver conseqüências punitivas, este esforço para a manutenção de um controle social se torna ineficaz, sendo um desestímulo a novas participações por parte da sociedade.

Partilhando da mesma opinião, O'Donnell (1997) vai ressaltar que o controle efetuado pela sociedade sobre o poder público enfrenta uma série de problemas relacionados com o acesso e a fidedignidade das informações, assim como dificuldades na execução de atividades de monitoramento e fiscalização dos atos realizados pelo poder público. Segundo este autor, o controle social enfrenta também problemas internos, como aqueles relacionados ao grau de envolvimento e ao compromisso dos próprios agentes sociais.

Por outro lado, o termo *accountability* também suscita outras questões como: *answerability*, que se refere à obrigação, por parte do poder público legitimamente constituído, de expor e justificar as informações relativas à sua atuação de maneira transparente; e *enforcement*, que se refere à capacidade de fiscalização, controle financeiro, orçamentário e contábil por parte de agências independentes². Para tanto, tais agências devem apresentar capacidade (ou condições) de impor regras e sanções aos agentes públicos por eventuais desvios de conduta. Ou seja, a formatação de um processo efetivo de *accountability* apenas seria possível a partir do momento em que sejam institucionalizados instrumentos eficazes de repreensão e punição pelos atos ilícitos (SCHEDLER, 1999).

Embora o controle social tenha um peso essencial no processo de fiscalização e de garantia de transparência dos atos e dos gastos públicos, de acordo com Grau (2000), a participação da população por meio de organizações sociais tende a ter o seu impacto mitigado, uma vez que parece haver, por parte dos agentes sociais, uma dependência por informações provenientes do próprio poder público e, conseqüentemente, da isenção e idoneidade destas informações.

Apesar da institucionalização do controle social, através da criação de agências de fiscalização e controle independentes, ter como propósito minimizar o “problema da debilidade de recursos de ‘*enforcement*’ à disposição da *accountability* societal”, o fato de estas agências serem amplamente dependentes de uma condição de eficácia dos mecanismos de informações públicas ressaltaria esta debilidade intrínseca deste tipo de controle social (GRAU, 2000, p.10).

Um outro aspecto importante no processo de *accountability* é a participação das burocracias públicas. Estas por não serem submetidas aos controles tradicionais, sobretudo via eleições diretas, apresentam pouca visibilidade para toda a sociedade. Portanto, os

² Para a compreensão do significado de *answerability* é importante a sua diferenciação do que entendemos, grosso modo, por *responsiveness*, que se refere à sensibilidade ou compreensão por parte do poder público no sentido da adoção de políticas que vão de acordo com os interesses dos cidadãos.

mecanismos de controle e fiscalização dos atos e gastos públicos vigentes, parecem pouco eficientes.

Campos (1990), discutindo a questão da representação, nota a possibilidade de se distinguir entre “representatividade ativa” e “representatividade passiva”.

Por representatividade ativa, entendem-se os gestores públicos legalmente constituídos e com responsabilidade limitada ao período de duração dos mandatos eletivos, para os quais foram eleitos pelo voto. A “representatividade passiva” compreende os integrantes da burocracia pública, incluindo aqueles nomeados por indicações e os funcionários de carreira. Sabe-se que estes atores integrantes do poder público normalmente não são conhecidos da grande maioria da sociedade e, também, que muitas vezes não estão diretamente vinculados ao interesse desta sociedade. Porém, o afastamento destes burocratas torna-se muito difícil, quando de alguma manifestação de insatisfação popular, mesmo porque a sociedade quase nunca fica sabendo como se dá a participação destas burocracias na gestão da coisa pública.

Vale ressaltar a importância que muitas vezes tais burocracias têm na condução e formulação de ações políticas que freqüentemente acabam por engessar a implementação de um modelo de *accountability*. Com efeito, a aparente incapacidade (ou conivência) para fiscalizar ou mesmo coibir situações envolvendo os atores ligados à burocracia pública, seja por corrupção, falta de ética, arbitrariedades, dentre outras, demonstra uma fragilidade das agências de *accountability* horizontal, como será discutido mais detalhadamente na seção seguinte.

Fox (2000) chama a atenção para o fato de que a exposição pública das ações executadas e de suas respectivas despesas é necessária, mas não suficiente, para limitar e impedir os abusos por parte dos agentes públicos. Ou seja, a transparência é necessária mas não suficiente para a estruturação de um processo de *accountability*, uma vez que as informações, por si só, não garantem a participação e o envolvimento da sociedade em questões relacionadas com a gestão pública. Nesta perspectiva, uma maior transparência e acesso às informações relativas aos atos e gastos públicos não seriam suficientes para formatar um processo de *accountability* se não ocorrerem, também, ações coercitivas em relação aos integrantes do poder público que, eventualmente, participem de algum ato ilícito.

Enfim, a adoção de mecanismos institucionais, com autonomia e força legal não impõe, por si só, credibilidade ao regime de *accountability*, assim como não garante que os atores sociais envolvidos e/ou interessados neste processo venham a participar, no sentido de cobrar ações e transparência por parte do poder público. Ademais, não oferece garantias plenas de que tais grupos organizados exercerão pressão sobre o poder público legalmente

constituído. Por isso Arato (2000) assinala que, sem o ordenamento mínimo das variáveis relacionadas com a institucionalização dos mecanismos de controle e fiscalização, o processo de *accountability* ficaria incompleto.

A seção seguinte vai tratar de uma questão central para o desenvolvimento desta dissertação, qual seja, a fragilidade dos mecanismos institucionais de *accountability*. Tratar dessa questão implica buscar entender o funcionamento dos mecanismos institucionais que visam garantir a transparência nos gastos públicos. Para tanto, procuraremos discutir as questões referentes à fragilidade da *accountability* horizontal e a aparente insuficiência dos mecanismos institucionais direcionados ao exercício da auditoria, controle e fiscalização dos gastos públicos.

I.2. ACCOUNTABILITY: INSTITUCIONALIZAÇÃO E FRAGILIDADES

A ênfase que procuramos dar nesta segunda seção à institucionalização da *accountability* horizontal não significa, no entanto, que apenas este formato de *accountability* seja institucionalizado. A *accountability* vertical, que se dá através das eleições, apresenta um elevado grau de institucionalização que não estamos desconsiderando. Acontece que, para os propósitos desta dissertação, vai nos interessar a institucionalização, dos mecanismos de controle e fiscalização dos gastos públicos efetuada pelas agências de *accountability*. Por isso, trabalharemos a questão da institucionalização, nesta dissertação, a partir destes propósitos, dando uma atenção especial para o que O'Donnell (1997) vai chamar de *accountability* horizontal. Ao retomarmos este tema na presente seção, direcionaremos nossa atenção para as fragilidades institucionais apresentadas por este formato de *accountability*, ressaltando como elas colocam em xeque a atuação prática destas agências de *accountability*.

O principal aspecto que iremos trabalhar nesta seção refere-se aos mecanismos de auditoria, controle e fiscalização efetuados pelas agências de *accountability* independentes. Tal questão perfaz uma condição de vigilância das práticas adotadas pelos gestores públicos, por meio de procedimentos constitucionalmente avalizados (SMULOVITZ & PERUZZOTTI, 2000).

Schedler (1999) utiliza uma definição que se assemelha à de O'Donnell (1997), na qual considera que a *accountability* horizontal é vista como o exercício contínuo do controle e da fiscalização, realizado entre os pares institucionais e com relativa equivalência de poderes.

Neste sentido, envolveria instituições independentes e com autonomia decisória, auxiliadas e monitoradas pela sociedade, objetivando estabelecer um acompanhamento das ações realizadas pelo poder público, de modo a reforçar os mecanismos de transparência das contas e dos atos públicos.

De acordo com este autor, a presença de agências de *accountability* independentes, responsáveis pelo controle, fiscalização e auditoria, estaria diretamente vinculada ao princípio de responsabilização pelos atos e gastos públicos, expressa por meio de prestações de contas. Tais agências estariam orientadas por princípios e procedimentos éticos, com delimitações do seu poder de atuação, de modo a não incorrerem em arbitrariedades quando da avaliação das denúncias de abusos de poder no exercício da atividade pública.

Cunha (2000) assinala que a *accountability* horizontal refere-se às formas de controle exercidas pelas próprias instituições do Estado através do uso do sistema de *checks and balances*, no qual a fiscalização seria exercida mutuamente por distintas instituições estatais. A partir daí, as prestações de contas pelo mandato público, dariam aparentemente, maior credibilidade ao sistema democrático e ao poder público.

Nesta mesma linha, Azevedo (2001) vai considerar que esta forma de controle pode ser considerada como horizontal dada a condição de relação entre os pares que pode ser atribuída aos poderes públicos. Ou seja, não prevaleceria distinção hierárquica entre estes poderes, o que aparentemente asseguraria maior condição de independência.

Por outro lado, a realização dos trabalhos de auditoria, controle e fiscalização por agências independentes relaciona-se à verificação do cumprimento dos princípios previamente estabelecidos de conduta contábil, financeira, orçamentária, gerencial e ética. Tem como propósito avaliar, também, as informações geradas pelo poder público, assim como a prevenção de atos ilícitos por parte dos gestores (MACHADO JR. & REIS, 1995).

As agências de *accountability* estão legalmente incumbidas de prevenir, anular e reparar os desvios no poder público, sendo responsáveis, também, pela punição de eventuais ações ilícitas ou mesmo pela omissão dos atores públicos. Isto seria possível pelo fato de estabelecerem uma relação de vigilância constante junto aos agentes públicos, diretamente responsáveis pela condução dos atos públicos, que se tornam assim responsáveis pela prestação de contas pelos seus gastos (O'DONNELL, 2000). Então, estas agências de *accountability* agiriam no sentido de limitar as arbitrariedades do poder público, prevenindo situações de abuso de poder político (SCHEDLER, 1999).

Ou seja, a *accountability* horizontal pode ser entendida em grande medida como um processo de acompanhamento, controle, fiscalização e prestação de contas efetuado por

agências estatais, de caráter independente, com relativa liberdade de atuação e poder legal para realizar ações coercitivas contra os gestores públicos que agirem de forma ilegal. Neste contexto, não prevaleceriam privilégios e/ou imunidades para as instituições clássicas dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Do mesmo modo, os políticos, no cumprimento de seus mandatos representativos, não estariam isentos de punições cabíveis quando tiverem um desempenho insatisfatório.

Segundo O'Donnell (1997), o processo de *accountability* horizontal estaria vinculado à adoção, pelas agências de *accountability*, de medidas punitivas ao político e/ou ao burocrata quando no cumprimento das suas funções, limitadas aos princípios constitucionais previamente estabelecidos.

A *accountability* horizontal, entendida por este autor como sendo a existência de agências estatais independentes de auditoria, controle e fiscalização dos atos e gastos públicos, responsáveis também pelo acompanhamento e avaliação do desempenho do poder público, traria como uma de suas várias contribuições o fato de estabelecer uma cultura de responsabilização pelo bem público. Ademais, proporcionaria uma aparente consciência por parte da sociedade em exigir uma certa transparência nos atos praticados pelos agentes do poder público. Assim, as medidas relativas à constituição e condução de um processo de *accountability* horizontal não se direcionam especificamente à realização de ações punitivas ou coercitivas. Relacionam-se também às previsões e provisões de modo a minimizar as ações de improbidade, comportamentos ilícitos, corrupções e mal uso dos recursos públicos, dentre outros.

Conforme já frisado, o processo de consolidação da *accountability* horizontal demanda a existência de ações integradas entre as variadas agências de *accountability*, muitas vezes em cooperação com a sociedade. Ele não se realiza apenas através da atuação isolada de uma única agência de *accountability*.

De acordo O'Donnell (1997), seria necessária a existência de uma “rede de agências” de *accountability*, cuja combinação e cooperação resultaria em maior segurança quanto à fiscalização e repressão aos agentes públicos responsáveis por práticas de ações ilícitas e por prestações de contas irreais (p.43).

Segundo este mesmo autor, para serem autônomas as instituições responsáveis pela fiscalização e controle “devem possuir fronteiras”, sendo, portanto, “reconhecidas e respeitadas por outros atores relevantes, devendo haver ainda atores dispostos a defender e, se necessário for, reafirmar essas fronteiras se elas forem transgredidas”. Um outro ponto importante a ser ressaltado refere-se ao fato de que a “autoridade dos agentes estatais não

depende tanto de seu próprio poder, mas de sua habilidade de mobilizar outras agências em apoio às suas reivindicações” (p.43).

A importância de que sejam instituídas redes de agências estaria vinculada ao propósito de aumentar a confiança e credibilidade nos resultados alcançados por estas agências de *accountability* independentes. Neste sentido, os responsáveis pela formulação dos pareceres definitivos, referentes aos processos de investigação, seriam os “tribunais (incluindo os mais elevados) comprometidos com a *accountability*”. Além disso, tais instâncias assegurariam maior independência e transparência nos processos de auditoria e fiscalização das ações e dos gastos dos gestores públicos (p.43).

Esta condição se evidencia em outro trabalho de O’Donnell, no qual o autor ressalta o fato de que, para a adoção de mecanismos de *accountability* horizontal em situações que envolvam diretamente autoridades públicas ou segmentos estatais estruturalmente mais fortes e bem organizados, seria “necessário um funcionamento coordenado e convergente de toda uma rede de instituições que têm autorização legal e autonomia decisória” (2000, p.3).

Uma outra importante ferramenta para a promoção da *accountability* é a informação, ressaltada por Figueiredo (2001) por exercer um papel fundamental de pressão e cobrança por responsabilidade política da parte dos agentes públicos. Com efeito, as informações ajudam a fortalecer os mecanismos de *accountability* vertical, transparecendo para a sociedade as ações e intenções dos seus representantes, para que estes possam ser novamente julgados pelo voto. Com base nesta argumentação, a mesma autora vai considerar que “o funcionamento apropriado da *accountability* horizontal depende da possibilidade da *accountability* vertical” (p.716).

Nesta mesma linha, O’Donnell (2001) vai considerar a divulgação de informações acerca do desempenho dos agentes públicos, através de prestação de contas para a sociedade, como uma das contribuições para o desenvolvimento da *accountability* vertical e, conseqüentemente, para o aperfeiçoamento da *accountability* horizontal. Para tanto, seria necessária a participação isenta da mídia, no sentido de denunciar transgressões e corrupções praticadas por grupos de interesses políticos. Contudo, não podemos deixar de ressaltar o fato de que a publicização das informações, de forma transparente e acessível para a população, não garante, por si só, a participação efetiva da sociedade no processo de controle e fiscalização do poder público.

O’Donnell (1997) levanta ainda a questão de que as ações realizadas pelas agências de *accountability* seriam mais efetivas e tenderiam a ter melhores resultados quando há pressões vocalizadas por manifestações populares. Neste aspecto, a mídia passa a ter uma atuação

fundamental no sentido de levar informações sobre as ações ilícitas do poder público. Ou seja, a adoção de medidas coercitivas contra os agentes públicos envolvidos em atos de improbidade administrativa aparentemente ocorreria mais freqüente, e também com maior eficiência, a partir das intervenções e denúncias efetuadas pela mídia.

Nestes casos, segundo este mesmo autor, “a mídia tende a substituir os tribunais”, uma vez que, em alguns casos, passa a denunciar atos ilícitos praticados pelos atores do poder público. E como já discutido anteriormente, a adoção de uma política voltada para a promoção da *accountability* seria possível apenas com a existência de uma mídia razoavelmente livre e acessível. Caso contrário, os efeitos de um ato de improbidade administrativa ou corrupção não provocariam impacto algum, se não houvesse uma mídia com liberdade de expressão e isenta, para divulgar as eventuais ações ilícitas praticadas por autoridades públicas (O'DONNELL, 1997, p.30).

Uma das principais ferramentas que seriam adotadas pelas agências independentes para fortalecer e dar credibilidade ao processo democrático de *accountability* horizontal seria a supervisão e vigilância dos atos e gastos do poder público, mediando a distribuição de forças entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário (SAMUELS, 2000). Deste modo, as agências de *accountability* horizontal exerceriam o papel de mediadoras entre o poder público e a sociedade civil.

Os poderes Legislativo e Judiciário, apesar de constituídos de forma independente e de terem como um de seus propósitos principais o controle e a fiscalização dos atos do poder Executivo, aparentemente enfrentam restrições do próprio Executivo no exercício desta função (SMULOVITZ & PERUZZOTTI, 2000). Com efeito, tais restrições quanto ao acompanhamento das ações e gastos do poder Executivo refletem uma *accountability* horizontal fraca, cujos instrumentos práticos para o controle e fiscalização do poder público estariam limitados e comprometidos, dada também a atuação insulada das próprias burocracias do Executivo. A partir daí, podem ocorrer situações em que os integrantes do poder Executivo usam de medidas discricionárias para aprovar determinada matéria de seu interesse. Discutiremos este aspecto no próximo capítulo, onde trataremos das funções normativas de controle e fiscalização dos poderes públicos, de modo a entendermos como ocorrem as ações de controle e fiscalização em relação aos repasses de recursos financeiros, via transferências intergovernamentais, para as subunidades de governo.

Smulovitz e Peruzzotti (2000) apontam para o fato de o poder discricionário praticado pelo Executivo ser resultado de uma *accountability* horizontal frágil e inoperante. Isto ocorre dada a aparente apatia e/ou conivência do poder Legislativo na sua atuação como fiscalizador

do poder Executivo, mas também é resultado de uma debilidade e falta de independência dos Tribunais de Contas, responsáveis pelos trabalhos de auditoria, controle e fiscalização externa do poder público, bem como pela divulgação destes resultados para toda a sociedade.

Esta conjunção de fatores acaba por tornar o poder Executivo refratário ao controle e fiscalização de seus atos e do dispêndio de recursos públicos. Neste ponto, Méndez (2000) chama a atenção para o fato de que a independência entre os Poderes, por si só, não garante que as regras estipuladas pela legislação irão prevalecer.

Em um sistema político caracterizado pela baixa visibilidade das ações do poder público, no qual as agências responsáveis pelo controle e fiscalização dos atos e gastos destes agentes públicos demonstram ser pouco independentes para realizarem esta função, parece ser comum o surgimento de mecanismos de *rent seeking*³. Com efeito, a atuação do *rent seeker* torna-se, de certa forma, incontrolável, tendo em vista a presença de grupos de interesse em todas as instâncias do poder público. As questões relacionadas ao comportamento predatório dos recursos públicos serão estudadas mais de perto nas seções seguintes e nos próximos capítulos.

Na próxima seção relacionaremos a questão aqui discutida, referente à fragilidade da *accountability* horizontal quanto aos mecanismos de auditoria, controle e fiscalização das instâncias de poder público, com uma análise, ainda que sucinta, acerca da corrupção no poder público.

I.3. CORRUPÇÃO E ACCOUNTABILITY EM SISTEMAS DEMOCRÁTICOS

Trataremos nesta seção, ainda que sumariamente, dos aspectos relacionados à corrupção e de seus desdobramentos. A partir daí, faremos uma associação destas discussões sobre corrupção com os mecanismos institucionais de *accountability*, ressaltando os efeitos

³ O conceito de *rent seeking* foi elaborado por Anne O. Kruegger em 1974. Mendes (2000), valendo-se da definição desta autora, vai considerar que: “A teoria sobre *rent seeking* envolve o estudo de como as pessoas e grupos competem por rendas geradas artificialmente, através de regulação governamental. Uma competição entre diversos agentes para capturar esse tipo de renda leva a diversos custos sociais. Em primeiro lugar, o ‘lobista’ não gera produto novo, apenas disputa o produto já existente na sociedade. Sua atividade representa um ‘peso morto’ para a sociedade. Em segundo lugar, há um custo de organização daqueles que pretendem reagir à atividade de lobby. O governo central, por exemplo, precisa organizar uma repartição para fazer a triagem das solicitações de verbas pelos governos locais, e para resistir à pressão por transferências excessivas. E em terceiro lugar, há o custo da distorção na formação de recursos produtivos da sociedade” (p.26).

negativos de uma *accountability* horizontal fraca, de modo a visualizarmos os resultados, de grande impacto social, da ocorrência de ações de improbidade administrativa.

A adoção de políticas voltadas para o desenvolvimento e aplicação de mecanismos de transparência e *accountability* das ações praticadas pelos agentes públicos tem como propósito, dentre outros, elevar os ganhos de confiabilidade do governo em relação à sociedade e aos segmentos privados. Isto ocorre também a partir da adoção de uma política fiscal responsável. Uma das maneiras de se buscar este equilíbrio fiscal é a adoção de procedimentos orçamentários nos quais as despesas referentes às atividades governamentais possam estar, na maioria das vezes, ajustadas de acordo com o seu fato gerador ou com a fonte das suas receitas, objetivando, desta maneira, o desencorajamento de fraudes e corrupções (MELLO, 1999, p.9). Para tanto, torna-se essencial a presença de agências de *accountability* independentes, no sentido de promover o controle e fiscalização das ações e dos gastos públicos, por meio de um processo de vigilância da atuação dos agentes públicos, somado a mecanismos de responsabilização dos gestores públicos.

Os debates recentes acerca da *accountability* no quadro democrático contemporâneo da América Latina apontam para uma aparente depreciação dos mecanismos usuais de controle social. Ou seja, o processo referente à *accountability* societal demonstraria, nestas democracias, uma fragilidade quando comparado com os processos de *accountability* vertical (SMULOVITZ & PERUZZOTTI, 2000).

Adicionalmente, a opacidade do sistema de controle e fiscalização dos poderes Legislativo e Judiciário, associada aos métodos discricionários adotados pelos gestores públicos, aparentemente contribui para disseminar sistemas de corrupção em todas as esferas de governo. Parte da responsabilidade pela propagação destas ações de improbidade seria decorrência da fragilidade do sistema de *accountability* horizontal, conforme visto na seção anterior.

Neste contexto, O'Donnell (1997) vai considerar que a descaracterização dos mecanismos de *accountability* horizontal poderia ser percebida em duas situações: “a primeira consiste na ‘usurpação’ ilegal por uma agência estatal da autoridade da outra; a segunda consiste em vantagens ilícitas que uma autoridade pública obtém para si ou para aqueles de alguma forma associados a ela”. A esta segunda situação dá-se o nome de “corrupção” (p.46).

Nesta mesma linha, procuramos alinhar alguns conceitos de corrupção adotados por outros autores. São úteis definições sobre este assunto de autores como: Tanzi (1998), que vai considerar corrupção como: “*the abuse of public power for private benefit*” (p.8); Stapenhurst (2000), que define a corrupção como sendo: “*the abuse of public power for personal gain or*

for the benefit of a group to which one owes allegiance” (p.1). Já Silva (1997) assinala que a corrupção pode ser entendida como sendo “uma troca de favores capaz de criar graves distorções no dispêndio de recursos, que acabariam sendo aplicados de forma ineficiente e em projetos desnecessários” (p.35).

As principais causas ou fatores que se relacionam diretamente com a promoção da corrupção ocorrem, geralmente, em situações nas quais os agentes públicos detêm o poder exclusivo de decisão sobre determinado tema. A partir daí, Bezerra (1994) vai considerar que “o controle sobre os recursos do Estado e sobre o modo como estes são distribuídos favorece a instituição de laços de dependência pessoal” (p.181).

Neste sentido, os mecanismos de corrupção se dariam a partir de uma “relação espúria entre o público e o privado”, através do aviltamento dos padrões éticos pré-estabelecidos e pelo desprezo aos padrões morais, com o propósito de angariar benefícios individuais ou para grupos específicos, em detrimento do patrimônio público⁴ (SILVA, 1994, p.21).

Desta forma, ocorreria uma inversão de papéis, pois haveria uma subordinação dos interesses gerais aos interesses particulares (BREI, 1996), sendo que a corrupção dependeria, principalmente, da existência de oportunidades e incentivos, que unicamente são avaliados racionalmente pelos agentes públicos ou privados. Ou seja, em sua grande maioria, trata-se de ações premeditadas pelos agentes, visando ganho futuro, sobretudo financeiro, de modo que, nestes casos, as ações corruptas caracterizam-se como racionais desde a sua percepção até a consumação do ato (FONSECA & SANCHEZ, 2001, p.96).

As ações de corrupção praticadas pelos atores do poder público, analisadas aqui sob a ótica da fragilidade da *accountability* horizontal, parecem associar-se a mecanismos perversos de “predação de rendas⁵” do patrimônio público.

A essência da atividade de predação de rendas estaria vinculada à própria existência de um sistema tributário. Isto é, a arrecadação tributária efetuada pelo Estado estabeleceria uma relação entre o poder público, as empresas e as famílias, estas últimas responsáveis pelo pagamento dos tributos ao Estado. A partir daí, de acordo com Silva (2000), surgiriam interesses difusos e variados que, por vezes, exerceriam pressões junto aos governos para que ocorra uma transferência desta renda (acumulada via arrecadação tributária) para fins diversos, como subvenções, isenções, subsídios, dentre outros.

⁴ Há um destaque bem maior para ações de corrupção ocorridas nos espaços públicos em comparação com o setor privado. Mas essa carência de exposição, sobretudo pela literatura especializada, não significa que não haja corrupção nas relações privadas e nem que esta ocorra em menor escala que no setor público.

⁵ Silva (1997) considera a expressão “predação de rendas” como a tradução do termo inglês *rent seeking*, cujo conceito já foi trabalhado anteriormente, na nota 3.

Com efeito, pode ocorrer uma situação na qual sobressaem os interesses pessoais ou de grupos de pressão isolados, os quais não conduziriam, necessariamente, a uma ação de caráter coletivo (como a implantação de determinada política pública, por exemplo). Nestes casos o que ocorre é uma maximização do auto-interesse, o que, por sua vez, não proporciona a maximização dos ganhos públicos (AZEVEDO, 2001).

No que se refere à rede operacional do sistema público, devido à sua complexidade institucional, as modalidades de predação de rendas podem se tornar cada vez mais evidentes e dominantes, devido à presença constante de estruturas *lobistas* que geram dificuldades operacionais, debilitando a possibilidade de adoção de processos de auditoria, controle e fiscalização e abrindo espaço para as ações de corrupção (SILVA, 1997).

Autores como Dye e Stapenhurst (1997) vão considerar que a existência exacerbada e impune de mecanismos de corrupção representa uma das principais causas de uma má governança. Portanto, para uma reversão deste quadro, seria necessária a adoção de uma política efetiva de *accountability* que obrigasse a apresentação expressa de propostas eficientes e confiáveis de prestação de contas das ações e gastos públicos, sendo estas conferidas e aprovadas por agências ou auditorias independentes.

Como já foi mencionado anteriormente, a mídia pode exercer uma função essencial na consolidação do processo democrático, auxiliando na promoção da boa governança e no controle da corrupção. Porém, a questão relacionada à efetividade da mídia no processo de *accountability* está diretamente vinculada à possibilidade de acesso às informações, a uma política de liberdade de expressão, ao cumprimento do código de ética e à possibilidade de se estabelecer uma investigação jornalística isenta (STAPENHURST, 2000). Neste sentido, seria necessária a existência concomitante de uma mídia independente, de um parlamento efetivo e atuante, além de um poder Judiciário independente. Desta maneira, a mídia se justificaria como um importante instrumento no combate às ações ilícitas realizadas pelos agentes do poder público, levando esses fatos ao conhecimento da sociedade (WORLD BANK, 2000).

Por outro lado, a retenção de informações e a falta de transparência dos atos e gastos públicos dos gestores, dentre outros fatores, parecem inibir a participação popular em relação às questões de caráter público, assim como uma cobrança por responsabilidade. Com efeito, afetaria, também, a escolhas futuras por parte dos eleitores. Do mesmo modo, a precarização da legislação que visa coibir comportamentos duvidosos, associada a uma fragilidade nos mecanismos de *accountability*, minimizaria o controle e a fiscalização destes atos ilícitos, eventualmente praticados pelos gestores públicos, criando, assim, um ambiente propício para a propagação dos procedimentos corruptos.

Na última seção deste capítulo, tentaremos discutir a fragilidade dos instrumentos de *accountability* horizontal no Brasil, ressaltando, de antemão, o fato de haver uma reduzida bibliografia que trata deste tema no país. Faremos, portanto, uma análise sucinta das instituições de auditoria, controle e fiscalização dos gastos públicos existentes no Brasil. Contudo, centraremos nossa atenção, principalmente, nos Tribunais de Contas, pelo fato de serem essas as agências responsáveis, constitucionalmente, pelo controle e fiscalização técnica dos recursos transferidos para as subunidades de governo. Analisaremos a sua estrutura e atribuições previstas legalmente, destacando as críticas à sua dificuldade de realizar estes trabalhos de auditoria, controle e fiscalização de forma independente.

I.4. INSTITUCIONALIZAÇÃO E DEBILIDADES DA ACCOUNTABILITY NO BRASIL

A formatação do processo de *accountability* horizontal no Brasil vai se orientar a partir da existência de uma série de órgãos criados no interior das instâncias do poder público, principalmente no poder Legislativo, com o propósito de averiguar a correta aplicação dos recursos públicos e a transparência nas contas e nos atos praticados pelos agentes do poder Executivo. Estes órgãos compõem o que aqui chamaremos de *accountability* horizontal, implementada por instituições internas às instâncias públicas, com o propósito de efetuar ações de controle e fiscalização destes poderes. Diversas comissões do poder Legislativo vão exercer a função de controle e fiscalização do poder Executivo: Comissão de Fiscalização Financeira e Controle da Câmara, a Comissão de Fiscalização e Controle do Senado, a Comissão de Orçamentos Públicos e Fiscalização, dentre outras. Contudo, vale ressaltar aqui a baixa visibilidade das ações realizadas ou mesmo da constituição formal destes órgãos ou agências. Não são claras as formas de atuação e tão pouco o grau de independência e envolvimento dos parlamentares responsáveis pela condução dos processos de controle e fiscalização. Merecem evidência também a baixa visibilidade social dessas instâncias e a reduzida produção acadêmica sobre o papel dessas comissões nos estudos específicos sobre esse tema (SPECK, 2000, p.11).

Tais Comissões de Fiscalização e Controle⁶ têm funções legalmente definidas, com atributos vinculados à fiscalização das ações e dos gastos referentes à gestão pública, direta ou indireta, com o propósito de constatar a correção (ou a irregularidade) no cumprimento dos objetivos institucionais.

Contudo, ao que parece, estas comissões não apresentam independência ou isenção quando da execução dos trabalhos de controle e fiscalização. Isto ocorre porque tais comissões são formadas por parlamentares que nem sempre vão se valer de critérios estritamente técnicos nas avaliações e julgamentos.

Uma outra prerrogativa vinculada ao poder Legislativo, que merece destaque aqui pela grande exposição que tem na mídia, refere-se à constituição de Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI's⁷) destinadas ao controle e fiscalização das ações do poder público.

As comissões parlamentares foram regulamentadas pela Constituição de 1988. Contudo, o funcionamento e detalhamento de suas atividades e limites são estabelecidos pela Câmara dos Deputados⁸ e pelo Senado Federal⁹.

De acordo com o Regimento Interno do Congresso Nacional, tais comissões se dividem em permanentes¹⁰ ou temporárias¹¹. As comissões permanentes têm como característica o fato de subsistirem através das legislaturas, estando voltadas para a análise de matérias que transitam nas Casas Legislativas antes da votação final. Já as comissões temporárias são constituídas a partir de finalidades específicas e duram pelo prazo necessário para a finalização das investigações propostas (GUANABARA, 1999).

As atividades de fiscalização executadas pelas comissões permanentes são realizadas por meio de instrumentos próprios, como as Audiências Públicas (AP's), as Propostas de Fiscalização e Controle (PFC's), as Convocações de Ministros (CM's) e os Requerimentos de Informação (RI's). Estes mecanismos de controle e fiscalização à disposição do Congresso Nacional podem ser acionados por qualquer integrante do quadro parlamentar, sendo necessária a posterior aprovação pelas comissões permanentes (FIGUEIREDO, 2001).

⁶ Ver artigo 32, inciso VIII do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

⁷ Ver artigo 58, § 3º da Constituição Federal de 1988.

⁸ Ver artigo 36, incisos I a VI e § Único do Regimento Interno da Câmara dos Deputados.

⁹ Ver artigo 148, § 1º e § 2º, artigo 149, artigo 150 § 1º e § 2º e artigo 153 do Regimento Interno do Senado Federal.

¹⁰ Ver artigo 22, inciso I do Regimento Interno da Câmara dos Deputados e artigo 145 do Regimento Interno do Senado Federal.

¹¹ Ver artigo 22, inciso II do Regimento Interno da Câmara dos Deputados e artigo 145 do Regimento Interno do Senado Federal.

Estas comissões permanentes são, por definição regimental, órgãos de caráter puramente técnico e compreendem a “primeira instância deliberativa dos projetos introduzidos no Congresso” (FIGUEIREDO & LIMONGI, 1999, p.56).

Parece evidente a falta de visibilidade da atuação e constituição destas comissões, que tratam, na grande maioria, de ações de controle e fiscalização realizadas no âmbito das despesas incorridas pelas instâncias de poder público, ou seja, não executam trabalhos de acompanhamento das transferências intergovernamentais para as subunidades de governo. Por isso, a partir deste ponto e em boa parte do desenvolvimento deste trabalho, abriremos espaços para a discussão da atuação dos Tribunais de Contas (TC's), os quais são encarregados, dentre outras coisas, do controle externo das contas dos gestores públicos, nos três níveis de governo¹².

Uma análise mais apurada destas comissões, criadas com o propósito de efetuar atividades de controle e fiscalização das contas do poder público, sobretudo das despesas geradas pelas instâncias de poder, será realizada no próximo capítulo desta dissertação.

Merece destaque também, o Ministério Público¹³. Este órgão apresenta autonomia funcional, administrativa e financeira, de modo a preservar a sua independência em relação às instâncias de poder público. Contudo, em relação ao princípio da independência, vale lembrar que o Procurador-Chefe da República é nomeado pelo Presidente da República, sendo que para os estados e distrito federal, as nomeações ocorrem pelo chefe do poder Executivo¹⁴. Ou seja, nestes casos, cabe ao chefe do Executivo o poder de escolher o responsável pela sua própria fiscalização, não havendo, desta forma, isenção política em relação a este órgão de controle e fiscalização da administração pública (MENDES, 1999, p.40-41).

O poder Executivo municipal tem a prerrogativa constitucional para a criação de uma agência de controle interno próprio¹⁵. Contudo, apesar de estar previsto na Constituição de 1988, esta não se tornou uma prática difundida, pois a grande maioria das municipalidades não possui uma unidade de controle interno¹⁶.

A existência deste órgão de controle interno municipal em tese aumentaria a confiança nas contas apresentadas pelo poder Executivo local, pois representaria uma forma de

¹² Ver artigos 70 a 75 da Constituição Federal de 1988.

¹³ Compõe o Ministério Público da União, o Ministério Público Federal, o Ministério Público do Trabalho, o Ministério Público Militar e o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios. O Ministério Público da União é uma instituição permanente cuja incumbência é garantir a ordem jurídica.

¹⁴ Ver artigos 127 a 130 da Constituição Federal de 1988.

¹⁵ Ver artigo 31 da Constituição Federal de 1988.

acompanhamento constante destas contas, facilitando os trabalhos de auditoria realizados pelos Tribunais de Contas.

Parece, no entanto, que a atuação do controle interno municipal é constrangida pelo Executivo local, em duas situações que põem em risco a independência do auditor interno, quais sejam: a subordinação hierárquica e também o vínculo salarial.

Contudo, estes órgãos poderiam ser de grande utilidade ao poder Executivo local, uma vez que atuariam no sentido de auxiliar a administração pública quanto ao bom desempenho das contas. Caso contrário, não adiantariam muito ao próprio poder Executivo local, pois representariam um custo adicional à administração municipal, dada a necessidade de se recrutar profissionais adequados a esta função, fato este que nem sempre vai estar ao alcance das diversas localidades.

É necessário ressaltar, ainda, que a responsabilidade do agente público é regulamentada por meio da Lei de Improbidade Administrativa (LIA¹⁷), que estabelece critérios de punição por atos de improbidade eventualmente praticados por qualquer agente público, servidor ou não, contra a administração direta ou indireta de qualquer dos poderes da União, dos estados e municípios, bem como contra empresas incorporadas ao patrimônio público. Do mesmo modo, estão sujeitos ao cumprimento da LIA os gestores e/ou servidores públicos que, direta ou indiretamente, participem de eventuais desvios de conduta praticados contra o patrimônio público por qualquer entidade que vier a receber incentivos fiscais ou creditícios de órgão público.

No que se refere à prestação de contas, a Constituição de 1988 estabeleceu que esta obrigação seria vinculada a toda e qualquer pessoa física ou jurídica, de caráter público ou privado, que lidasse com o erário público¹⁸. Para tanto, os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário manteriam mecanismos de controle interno¹⁹, com o propósito de acompanhar e

¹⁶ Em levantamento efetuado pelo TCE-MG, referente ao ano de 1995, da totalidade dos municípios mineiros, apenas 40 localidades declararam possuir este tipo de controle interno, previsto na Constituição de 1988 (CARVALHO, 2001, p.80).

¹⁷ Ver lei nº 8.429/1992 – Lei da Improbidade Administrativa (LIA).

¹⁸ Ver artigo 70, § Único da Constituição Federal de 1988.

¹⁹ Quanto ao aspecto relacionado com o controle interno e fiscalização dos atos e gastos do poder Executivo, este é de incumbência da Secretaria Federal de Controle Interno, órgão central do sistema de controle interno do poder Executivo federal. A este órgão, além de suas responsabilidades constitucionais de avaliar os programas de governo e os orçamentos da União, cabe, também, a função de comprovar a legalidade dos atos administrativos e avaliar a gestão dos órgãos e entidades da administração pública federal, além de apoiar as Casas Legislativas no controle externo. Este órgão encampou as atribuições antes exercidas pela Comissão Especial de Investigação, criada para averiguar desvios e irregularidades praticadas contra a administração pública, quando formalmente denunciados tanto por terceiros como por integrantes do serviço público. Ver também artigo 1º do decreto 3.591/2000, no qual é disposto que o Sistema de Controle Interno do poder Executivo federal tem como prioridade a avaliação da ação governamental e da gestão praticada pelos administradores públicos federais.

fiscalizar o comportamento contábil, financeiro, orçamentário e patrimonial das entidades vinculadas ao poder público.

Até aqui procuramos apenas chamar a atenção para as instituições de *accountability* horizontal no Brasil, responsáveis pela condução do processo de auditoria, controle e fiscalização das contas públicas no país. Daqui em diante, destacamos a participação dos Tribunais de Contas (TC's), vistos como agências de *accountability* horizontal.

O controle externo das contas públicas é atribuição dos Tribunais de Contas (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2002). Ou seja, embora as investigações sejam deflagradas pelas Casas Legislativas, estas seriam tecnicamente executadas pelos Tribunais de Contas (TC's), que são instituições auxiliares ao poder Legislativo (SPECK, 2000).

Neste sentido, as auditorias, o controle e a fiscalização da movimentação contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União, estados, distrito federal e municípios são prerrogativas dos poderes Legislativos em cada esfera de governo²⁰, sendo auxiliados pelo Tribunal de Contas da União (TCU²¹). A atribuição a um órgão externo de auxiliar os poderes Legislativos na realização de auditorias nas contas públicas decorre, dentre outros motivos, da complexidade técnica da função de controle e fiscalização destas contas, posto que nem sempre os membros dos Legislativos possuem tais competências. Deste modo, a auditoria destas contas passa a ser realizada pelos Tribunais de Contas, que deveriam funcionar como órgão externo e independente em relação ao poder público. Pelo fato de ser um órgão externo ao poder Executivo e às Casas Legislativas, mesmo sendo suas autoridades executivas nomeadas por estes poderes, os TC's deveriam ser independentes para realizar a função de controle e fiscalização destas instâncias. Esta importante discussão será desenvolvida mais adiante nesta seção.

O TCU tem sede em Brasília (DF), possuindo Secretarias de Controle Externo (Secex) em todas as capitais dos estados da Federação. Cada Secex tem como competência regimental a instrução de processos de órgãos e entidades federais, além de realizarem o controle e fiscalização dos recursos financeiros provenientes da União destinados aos estados e municípios. Isto decorre do fato de as atribuições de auditoria, controle e fiscalização serem de responsabilidade da esfera repassadora dos recursos (CARVALHO, 2001).

²⁰ Ver artigo 70 da Constituição Federal de 1988.

²¹ Os artigos 70 e 71 da Constituição Federal de 1988 e os artigos 165 a 169 da lei 4.320/1964 estabelecem que o controle externo ficará a cargo das Casas Legislativas de cada esfera de governo, sendo auxiliadas pelos Tribunais de Contas (TC's), que têm autonomia para realizar inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, em qualquer unidade administrativa dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.

A função de auditar, controlar e fiscalizar pode ser executada, também, pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) e pelo Tribunal de Contas de Município (TCM²²), limitados às suas esferas específicas de atuação. Estas instâncias realizam, basicamente, controles de ordem orçamentária, financeira e patrimonial, através do uso de informações escrituradas em contas agregadas²³, relativas a cada subunidade de governo avaliada.

Tais instituições de controle usualmente apresentam uma formatação institucional relativamente estável, não se alterando substancialmente em função de mudanças políticas ou administrativas nos diversos contextos políticos. Quando ocorrem, estas mudanças não são decorrência de discussões amplas com sociedade, mas sim de discussões e acordos internos que, na maioria das vezes, sequer são percebidos pela sociedade (SPECK, 2000, p.29).

A compreensão das funções normativas exercidas pelos TC's torna-se elemento fundamental para a análise do processo de prestação de contas por parte do poder Executivo (nas três esferas de governo). De acordo com Costa Jr. (2001), as funções pertinentes aos TC's podem ser classificadas, conforme a atividade exercida, da seguinte maneira: (a) função **opinativa**, que seria apenas de caráter consultivo e informativo, não havendo julgamento das contas e ações dos gestores públicos, sendo relatadas as conclusões somente por meio de pareceres especializados; (b) função **fiscalizadora**, através de uma auditoria com o propósito de averiguar o cumprimento dos princípios de "legalidade, legitimidade e economicidade" dos atos e contratos, por meio de análise contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial; (c) função **corretiva**, que tem como propósito a adequação das ações tidas como ilegais e irregularidades a partir da adoção de medidas punitivas; (d) função **jurisdicional**, referente ao procedimento adotado pelos TC's quando ocorrem julgamentos e liquidações de caráter definitivo das contas apresentadas pelos agentes públicos. Nestes casos de julgamentos e liquidações de caráter definitivo, as ações dos TC's ocorrem apenas mediante constatação de desvios ou prejuízos ao patrimônio público (pp.61-62).

Os processos referentes à auditoria dos agentes públicos, da administração direta e indireta, são encaminhados aos TC's para avaliação técnica destas contas. Este procedimento é tido como um auxílio no controle e fiscalização realizados pelo poder Legislativo, conforme previsto constitucionalmente. Aqui, a função dos TC's é apenas informativa, ficando a cargo

²² Os Tribunais de Contas de Município existem apenas nas cidades de São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ).

²³ As contas agregadas, comumente aplicadas à contabilidade pública, sintetizam as diversas linhas do balanço, sem especificar as contas individualmente. Ou seja, no balanço de uma prefeitura, por exemplo, publicado e auditado pelo Tribunal de Contas, não aparecem as despesas/receitas provenientes da secretaria de saúde ou de qualquer outra secretaria. Estas contas são agregadas de forma sintética no balanço geral desta prefeitura. Ao

do poder Legislativo a responsabilidade de julgar os resultados apurados por estas auditorias (CASTRO, 2000).

Os pareceres emitidos pelos agentes dos TC's são de caráter eminentemente técnico, uma vez que não cabe a este órgão exercer avaliações de caráter político. Neste sentido, os TC's têm liberdade para expressarem suas opiniões de acordo com o seu próprio entendimento, com base em documentações pertinentes que suportem o parecer dado. Contudo, o controle e a fiscalização realizados pelos TC's fazem parte de uma divisão de tarefas em que cabe aos TC's apenas examinar anualmente as contas dos gestores públicos, emitindo um parecer prévio a respeito de sua fidedignidade, ao passo que é de responsabilidade do poder Legislativo a competência privativa para julgar o mérito destas contas, assim como para punir as ações ilícitas praticadas pelos gestores públicos, conforme já dito (COSTA JR., 2001: p.78).

Como destacado anteriormente, os Tribunais de Contas (TC's) padecem de pouca visibilidade quanto às suas funções e aos resultados dos trabalhos executados no controle externo das contas dos agentes do poder Executivo, nas três esferas de governo. O modelo de controle externo da administração pública no Brasil vem suscitando dúvidas quanto aos propósitos de transparência nas contas públicas e à eficiência dos resultados dos seus trabalhos, bem como no que tange à sua independência para a realização dos trabalhos de auditoria junto às esferas de governo. Adicionam-se a esta estrutura organizacional opaca a baixa visibilidade dos propósitos e resultados de suas ações e o fato de existirem pouquíssimos estudos ou análises acadêmicas sobre os TC's (SPECK, 2000).

Retomando a questão da independência dos agentes quanto à execução dos trabalhos de auditoria, controle e fiscalização, cabe lembrar que, neste sentido, os Tribunais de Contas, a nosso ver, não se configuram como órgãos independentes para a realização destes trabalhos. Mesmo porque tais agências vão se deparar com situações que colocam em xeque a sua independência. Como exemplo citamos a forma de definição dos integrantes destas instituições²⁴, os quais muitas vezes são indicados pelo poder Executivo, em outros pelo Legislativo ou ainda em conjunto pelos dois poderes²⁵ (SPECK, 2000, p.36), possuindo, por definição constitucional, um “mandato vitalício” (p.48). Tal condição supostamente garantiria um maior grau de independência. Porém, a vitalicidade pode ser encarada como uma

serem publicadas desta maneira, perde-se a visão de todas as despesas realizadas, de forma individualizada, por uma secretaria de saúde, por exemplo.

²⁴ Ver artigo 84, inciso XV da Constituição Federal de 1988.

²⁵ Em relação ao provimento dos membros dos TC's, a Constituição de 1988 consignou que 2/3 são através de indicações provenientes do poder Legislativo e 1/3 por meio de indicações do chefe do poder Executivo.

“aposentadoria de luxo”, destinada normalmente a ex-parlamentares ou ex-dirigentes do poder Executivo nas três esferas de governo. Estes cargos podem ser vistos também como constituindo um “banco de reservas”, no qual os políticos indicados ficariam alocados até serem eleitos novamente, num próximo pleito (p.203). Com efeito, o processo de escolha dos membros dos TC’s normalmente suscita uma disputa entre as instâncias de poder quanto ao critério de indicação e, sobretudo, reforça a falta de independência deste mecanismo de auditoria e controle do poder público.

Cabe aqui retomar a questão proposta por Campos (1990): “quem controla o controlador?” (p.35). No caso dos TC’s, esta questão parece ser mais um indicativo da sua fragilidade institucional, pois, de acordo com Speck (2000), o “controle externo sobre os Tribunais de Contas é exercido pela própria instituição” (p.194). O que há, portanto, é uma forma de “autocontrole”.

Assim, a condição de isenção ou independência por parte destes agentes para a execução adequada da função de auditoria, controle e fiscalização parece ficar comprometida, não cumprindo a premissa básica para a execução de qualquer auditoria, que é a independência entre o auditor e a entidade auditada, para que não haja interferência nos resultados e na opinião da auditoria. Com efeito, como a independência dos agentes envolvidos com a realização de auditorias públicas pelos TC’s é frequentemente posta em dúvida, fica evidente a vulnerabilidade destes instrumentos de controle e fiscalização vigentes na democracia brasileira.

Por outro lado, parece importante analisarmos também a questão das fontes de recursos destes órgãos de auditoria, controle e fiscalização, que estamos caracterizando como agências de *accountability* horizontal.

Apesar dos princípios de independência e isenção dos Tribunais de Contas, a questão relacionada ao financiamento e manutenção destes órgãos implica, como veremos, uma dependência financeira em relação aos recursos provenientes do Estado. Esta situação, ao que parece, fragiliza a condição de independência destes órgãos.

Com efeito, esta relação de dependência financeira dos Tribunais de Contas com o poder público, por sua vez, parece implicar uma maior abertura dos TC’s às influências exercidas por atores políticos ou mesmo por grupos de pressão. Deste modo, a condição de vínculo orçamentário contribui para expor as fragilidades dos métodos de prevenção contra atos de improbidade, podendo comprometer ainda mais a isenção destes órgãos, minimizando o grau de *accountability*. Neste sentido, parece que os Tribunais de Contas apresentam-se como órgãos públicos com pouca isenção e permeáveis aos interesses particularizados de

grupos de pressão, mostrando-se pouco eficiente para impor austeridade no trato da coisa pública (CAMPOS; ÁVILA & SILVA JR., 2000).

Após esta rápida explanação acerca das instituições de controle e fiscalização existentes no Brasil, na qual buscamos mostrar como o sistema está estruturado, partiremos para uma análise que nos permitirá conhecer um pouco mais sobre os percursos da institucionalização da *accountability* no Brasil.

De acordo com Avritzer (2000), o processo de democratização no Brasil ocorreu em meio à quase onipresença de relações clientelísticas, fomentadas pela precária atuação dos mecanismos de *accountability* política e *accountability* administrativa, conforme foi discutido na primeira seção deste capítulo. Neste contexto, surgiriam espaços no poder público para a influência de decisões particularistas.

Quanto à *accountability* societal, Azevedo (2001) destaca como uma fragilidade deste processo o fato de ocorrer, na democracia brasileira, situações em que a própria população passa a considerar o poder Legislativo como sendo um instrumento de acesso a benefícios particulares.

Esta característica, adicionada a outras, contribui para que a efetivação de um novo quadro democrático no Brasil tenha como grande complicador o fato do modelo de *accountability* do país ser carente de regras ou de ordenamentos capazes de mediar de forma universal e transparente as relações entre o poder público e a sociedade civil organizada.

No contexto brasileiro, marcado por crises institucionais e de credibilidade, geradas muitas vezes por episódios de predação de rendas, tem-se que as diversas tentativas de normatização da intervenção estatal normalmente ocorrem por meio de legislações impostas pelo poder público. Tais medidas resultariam em situações de imprevisibilidade quanto às alterações na legislação vigente, ocasionando dúvidas sobre os efeitos advindos destas alterações e a quais grupos de pressão interessariam (AZEVEDO & ANASTASIA, 2002).

Por outro lado, persiste uma impermeabilidade dos organismos públicos às formas de participação e controle social que, associada à baixa visibilidade e credibilidade das instâncias públicas de controle e fiscalização dos atos e gastos públicos, redundaria em um obstáculo à continuidade ou mesmo à adoção de políticas mais eficazes de *accountability*.

A *accountability* representa um processo de fundamental importância para que se possa, a médio e longo prazo, garantir a governança e a governabilidade²⁶. O envolvimento dos

²⁶. De acordo com Azevedo (2001), “enquanto o conceito de governabilidade estaria ligado às condições sistêmicas sob as quais se dá o exercício do poder (sistema político, forma de governo, relações entre poderes, sistemas partidários etc), ou sejam aos condicionantes do exercício da autoridade política, ‘governance’

atores sociais nas diversas fases da gestão pública implicaria assumir responsabilidades na condução do processo de análise e atendimento das demandas sociais. Portanto, a condição de saber lidar com a participação da sociedade nos negócios públicos, instrumentalizando o processo participativo de forma que haja definição clara do papel de cada ator, seria um dos grandes desafios da gestão pública no Brasil (AZEVEDO, 2001).

Porém, a manutenção da governabilidade enfrentaria dificuldades relacionadas, dentre outros fatores, com a presença de grupos de pressão sobre o Estado, com o propósito de obterem respostas concretas e pontuais para suas demandas (AZEVEDO & PRATES, 1991).

A relevância das políticas de *accountability* estaria vinculada também à busca de um bom desempenho para a gestão pública, visando à melhoria dos resultados, na medida em que a adoção de processos de *accountability* possibilitaria uma participação maior da sociedade através do uso adequado das informações acerca dos atos e gastos dos gestores públicos. Contudo, não podemos deixar de ressaltar que nem a participação da sociedade civil nas decisões políticas e nem a veiculação de informações sobre o funcionamento e gastos do poder público resolveriam, por si sós, todos os problemas relacionados com a transparência na administração pública, mas são sem dúvida muito importantes para se controlar e monitorar o poder público, aumentando de forma substantiva a *accountability*. Nesta mesma linha, Mwakyembe (2000) vai considerar que: “*without access to information there is no transparency; without transparency there is no accountability; and without transparency and accountability, there is no democracy*” (p.15).

Ao encerramos as discussões deste capítulo, cientes de que ainda resta muito a ser debatido sobre este tema, parece claro que o processo de implementação de mecanismos de *accountability* pode proporcionar restrições e limites quanto ao uso de medidas discricionárias pelos agentes públicos, por meio da definição de instrumentos específicos de fiscalização e controle das ações e gastos dos recursos públicos. Isto seria possível, dentre outros mecanismos, através da veiculação de informações inteligíveis, para toda a população,

qualificaria o modo de uso dessa autoridade. Na sua atual acepção, o conceito de ‘governance’ – governança ou ‘capacidade governativa’ – não se limitaria à performance administrativa do Estado e à maior ou menor eficácia da máquina estatal na implementação de políticas públicas. Além das questões político-institucionais de tomada de decisões, envolveria, também, o sistema de intermediação de interesses, especialmente no que diz respeito às formas de participação dos grupos organizados da sociedade no processo de definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas” (p.6).

referentes aos atos praticados pelos gestores públicos e às contas auditadas por instituições independentes. Ao aprofundarmos um pouco mais os três tipos de *accountability* (vertical, horizontal e societal), constatamos que ainda resta muito a ser percorrido no Brasil, tanto no aspecto prático quanto no que concerne a formatação de um modelo de *accountability* para o país.

As atividades de auditoria realizadas nas contas do setor público, assim como o constante acompanhamento das suas funções, teriam como propósito a fiscalização e o controle contábil, financeiro e patrimonial, visando garantir a adequação dos controles internos, apontando as possíveis irregularidades (CRUZ, 1997) e destacando o exame da eficiência, eficácia e probidade das ações dos prestadores de serviços públicos.

As auditorias externas independentes exerceriam uma função diretamente vinculada à questão da *accountability*, proporcionando uma maior credibilidade aos gestores públicos em relação aos seus atos e na prestação de contas dos gastos efetuados durante cada gestão. Neste sentido, a auditoria independente seria fundamental para a promoção da *accountability*, contribuindo para minimizar os mecanismos de corrupção (DYE & STAPENHURST, 2000).

Ao iniciarmos neste capítulo uma discussão acerca dos procedimentos adotados para a execução de auditorias nas contas do poder público e das formas de divulgação destes resultados, parece-nos clara a fragilidade institucional destes mecanismos no Brasil. Todavia, o desenvolvimento desta discussão acerca da fragilidade da *accountability* horizontal, bem como das implicações desta insuficiência institucional, dar-se-á no decorrer desta dissertação. Este estudo terá como propósito o entendimento da sua aplicabilidade para o setor de saúde.

Ao ressaltarmos a fragilidade dos mecanismos de *accountability* horizontal vigentes, principalmente em se tratando dos Tribunais de Contas, queremos chamar a atenção para as instituições responsáveis pela execução dos trabalhos de auditoria, controle e fiscalização dos recursos públicos repassados para as subunidades de governo.

No próximo capítulo efetuaremos um estudo do modelo federativo brasileiro no período pós-Constituição de 1988, onde analisaremos os efeitos do processo de descentralização fiscal e de alocação de recursos públicos sobre as formas de controle e fiscalização destes gastos. Isto será feito a partir de uma análise crítica da autonomia formal concedida aos governos locais para efetuarem as suas despesas. Ressaltaremos, porém, a vulnerabilidade dos instrumentos de controle vigentes, tomando como referência a discussão apresentada neste primeiro capítulo sobre a fragilidade da *accountability* horizontal, sobre a falta de transparência nos gastos e sobre a necessidade de responsabilização dos gestores públicos.

CAPÍTULO II

II. FEDERALISMO, DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E CONTROLE DOS GASTOS PÚBLICOS NO BRASIL

Neste capítulo examinaremos o novo modelo federativo brasileiro, instituído a partir da Constituição de 1988. Aqui procuraremos enfatizar o processo de descentralização fiscal e a questão relacionada às transferências de recursos públicos para as subunidades de governo, bem como as formas de alocação destes repasses pelos agentes do poder público. A partir daí, direcionaremos a nossa atenção para os mecanismos de controle e fiscalização dos atos e gastos por parte do poder público e para os procedimentos formais de responsabilização dos agentes públicos no Brasil.

No desenvolvimento deste capítulo usaremos como ponto de partida analítico a limitação, por parte do governo central, quanto à condução do processo de descentralização. Partiremos, portanto, de uma constatação da insuficiência institucional relacionada aos mecanismos vigentes de controle, fiscalização e auditoria das contas públicas, focalizando o processo de descentralização fiscal e transferências de recursos públicos para as subunidades de governo.

Para tanto, serão analisados os efeitos causados pelo novo modelo federativo brasileiro, sobretudo no aspecto relacionado à hierarquização entre as esferas de governo e ao programa de descentralização fiscal.

No Brasil, a fragilidade dos mecanismos de *accountability* horizontal, de acordo com Figueiredo (2001), se manifestaria sobretudo na precariedade do poder Legislativo, nas três esferas de governo, dos Tribunais de Contas e das agências independentes, em fiscalizar e controlar os gastos públicos. Com o propósito de aprofundar um pouco mais essa discussão, procuraremos abordar neste capítulo as principais formas de atuação das instituições públicas, principalmente do poder Legislativo, no que tange o controle e fiscalização dos gastos públicos.

Este capítulo está estruturado em duas seções. A primeira discute as fragilidades das relações intergovernamentais e do processo de transferência de recursos públicos para as subunidades de governo, decorrentes da conformação do novo modelo federativo brasileiro,

instituído a partir da Constituição de 1988. Essa discussão é feita em duas subseções. A primeira subseção vai tratar do federalismo fiscal pós-Constituição de 1988 e a subseção seguinte abordará o processo de descentralização fiscal, analisando o processo de transferência de recursos públicos para as subunidades de governo. Dando seqüência ao desenvolvimento de nossa argumentação, na segunda seção analisaremos os mecanismos institucionais de controle e fiscalização dos gastos públicos. Esta seção discute o papel dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário quanto ao acompanhamento mútuo dos atos e gastos públicos, apontando os instrumentais à disposição destas instâncias para a realização desta vigilância e controle mútuo. Por último, serão traçadas as diretrizes para o desenvolvimento do terceiro capítulo, que abordará os mecanismos de constituição e financiamento do sistema público de saúde no Brasil, com ênfase nas transferências intergovernamentais, convergindo para os procedimentos adotados no controle e fiscalização dos gastos com a saúde pública nas subunidades de governo.

II.1. A CONSTRUÇÃO DO MODELO FEDERATIVO BRASILEIRO PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988

II.1.1. FEDERALISMO FISCAL NO PERÍODO PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988

O novo modelo federativo brasileiro caracteriza-se por uma singular distribuição territorial de poder e de recursos entre as instâncias de governo. Em um sistema federativo¹ as rendas tributárias passam a ser divididas entre as instâncias de governo, considerando a interdependência entre a esfera central de governo e as unidades subnacionais e respeitando o campo de atuação de cada ente federado (ALMEIDA, 1995, p.89).

A articulação entre a União e as unidades subnacionais de governo parece ocorrer, na maior parte das vezes, pela garantia da manutenção de transferências de recursos², via fundos públicos, que desempenham um papel fundamental na estruturação da relação de poder entre as esferas de governo, sendo também essenciais para a manutenção de um relativo equilíbrio entre os níveis hierárquicos da federação. Deste modo, a formatação do modelo federativo somente seria possível, de acordo com Dain (1995), através da adoção de mecanismos capazes de minimizar as divergências de interesses entre as diversas localidades, sendo que o fator responsável pela promoção da adesão das unidades locais às delimitações propostas ou impostas pelo poder central é, normalmente, a garantia da vinculação de transferências de recursos públicos, os quais, na sua grande maioria, são repassados através da exigência de contrapartidas rígidas e inflexíveis por parte dos governos locais.

¹ De acordo com Almeida (1995), os sistemas federativos se caracterizariam por: “uma constituição escrita, bicameralismo, o direito das unidades componentes de participar do processo de emenda da Constituição federal e de mudar suas próprias constituições unilateralmente, representação igual ou fortemente desproporcional das unidades menores na Câmara Federal da legislatura bicameral e o governo descentralizado” (p.106).

² O instrumento de transferências incondicionais é utilizado quando a União repassa parte da arrecadação de seus tributos aos governos estaduais e municipais. Neste sentido, representa um mecanismo de distribuição de recursos fiscais através do qual parte dos tributos arrecadados pela União nos estados e/ou municípios é transferida para as subunidades de governo, muitas vezes procurando compensar as localidades com menor capacidade fiscal. Vale ressaltar que os estados também efetuam transferências de parte dos seus recursos tributários para os municípios sob sua jurisdição (MENDES, 1994). A Constituição de 1988 estabelece, basicamente, dois tipos de transferências possíveis: as constitucionais, que são automaticamente realizadas após a arrecadação dos recursos, e as não-constitucionais, que dependem de convênios ou de acordos políticos entre governos. As transferências constitucionais podem ser classificadas em transferências diretas (repasso de parte da arrecadação para determinado governo) ou transferências indiretas (mediante a formação de fundos especiais). Independentemente do tipo, as transferências sempre ocorrem do governo de maior nível hierárquico para os de níveis inferiores.

Segundo Souza (2001), a nova configuração federativa brasileira passa a representar uma forma de amortecer as disparidades regionais existentes, expressando “velhos e não resolvidos conflitos políticos de um país social e regionalmente muito desigual”, marcado por uma vasta heterogeneidade quanto à sua capacidade fiscal e administrativa, com especificidades para cada estado e município (p.10).

Esta mesma autora considera que o federalismo brasileiro caracteriza-se, principalmente, pelo seu alto grau de complexidade e pela dependência política e financeira entre as esferas de governo. Deste modo, o papel exercido pelas autoridades políticas locais e a influência territorial destes agentes tornam-se fundamentais na articulação de coalizões nacionais.

Guardia (1999) vai caracterizar o federalismo brasileiro a partir de um conjunto de leis ou princípios destinados à regulamentação e manutenção de uma estrutura hierárquica entre os entes federados. A partir daí, são estabelecidas as competências e obrigações de cada unidade de governo, tanto no que se refere aos tributos e gastos como quanto às regras de relacionamento entre estas esferas.

Contudo, o potencial conflitivo decorrente da estrutura hierárquica vigente no modelo faz com que este só funcione adequadamente a partir do estabelecimento de um pacto federativo entre as esferas de governo (União, estados, distrito federal e municípios), que pressupõe regras de relacionamento como: divisão da competência tributária; formas de representação política; hierarquia das leis expedidas pelas diferentes esferas; divisão das responsabilidades de provisão de serviços públicos; divisão da propriedade dos recursos naturais; divisão da competência para legislar; formas de auxílio das regiões mais desenvolvidas às mais atrasadas; dentre outras (MENDES, 1999, p.10). Assim, aparentemente o pacto federativo tem sido um mecanismo de compensação entre os entes federados, para que haja um mínimo de equilíbrio entre as diferentes regiões e localidades.

O federalismo representa, portanto, uma forma de cooperação política capaz de proporcionar uma divisão de poderes e responsabilidades entre a União, estados, distrito federal e municípios. Cada uma destas esferas é composta de órgãos governamentais independentes, constituindo uma hierarquia de poderes e explicitando a existência de mais de uma soberania jurídica dentro de um mesmo território (MENDES & GALL, 2000).

Deste modo, uma estrutura federativa se caracteriza pela presença de mecanismos que proporcionem uma distribuição dos recursos fiscais, bem como de competências e encargos, supostamente distribuídos de forma equânime entre as esferas de governo. Ademais, o federalismo fiscal pressupõe uma condição de colaboração e parceria entre níveis de governo,

no sentido de direcionar as funções públicas para cada esfera integrante do pacto federativo (BARRERA & ROARELLI, 1995).

As relações de poder existentes entre os entes federados assumem um espaço importante na constituição do processo federativo. Porém, a Federação brasileira foi estruturada sem que houvesse um processo de estabilização política e financeira entre os entes federados. Uma explicação plausível para este fato está nas divergências de interesses políticos entre as esferas de governo, assim como na vasta heterogeneidade socioeconômica entre as localidades, a qual, por sua vez, determina necessidades diferentes. Estes efeitos proporcionados pela falta de estabilização política e financeira entre os entes federados dificultaram a implementação do novo modelo federativo, uma vez que ocorreu um descontrole financeiro e tributário nas esferas estaduais e municipais (AZEVEDO & MELO, 1997).

Adicionalmente ocorreu, também, uma redução na capacidade de financiamento da União, bem como nas suas condições de enfrentamento dos desequilíbrios regionais, em função de um enfraquecimento financeiro ocasionado, em grande parte, pelo processo de descentralização de recursos e encargos e pelo crescimento relativo das despesas do governo central (DAIN, 1995). Neste contexto, segundo Silva (1997), a política de transferências financeiras para os governos subnacionais, adotada pelo novo modelo federativo, levaria à adoção, por parte dos entes federados, de posturas predatórias e ao acirramento das disputas por verbas provenientes do governo central.

O processo de descentralização fiscal engendrado pela Constituição de 1988 aparentemente resultou em uma situação na qual o governo federal transferiu recursos para os governos subnacionais sem transferir atribuições. Neste sentido, ocorreu um relativo aumento no volume de recursos repassados para as subunidades de governo, sobretudo em função da elevação das transferências automáticas. A descentralização fiscal proporcionou também a garantia de autonomia para taxaçaõ por parte dos estados, distrito federal e municípios (ARRETCHE, 2000).

A Constituição de 1988, ao mesmo tempo em que proporcionou uma distribuição de recursos fiscais [supostamente] mais equânime entre os diferentes níveis de governo, não definiu critérios para uma redistribuição de responsabilidades entre as unidades da Federação, no que tange aos recursos próprios. Com efeito, as relações de cooperação entre os entes federados ficaram comprometidas, dando margem a um federalismo predatório (ZAULI, 2000).

Segundo Dain (1995), os mecanismos de transferência automática podem ser submetidos a acordos políticos prévios, efetuados entre os gestores públicos, enquanto os mecanismos de transferência de serviços públicos para as subunidades de governo normalmente vão requerer intrincadas negociações técnicas e políticas entre as autoridades locais e a burocracia central para a concessão, implementação e financiamento destas políticas públicas. Neste sentido, a adoção de uma determinada política pública não significaria mais recursos financeiros à disposição das subunidades de governo.

Deste modo, apesar de existirem disputas entre as diversas localidades por recursos financeiros provenientes das transferências intergovernamentais, o fluxo dos repasses efetuados pela esfera central às subunidades de governo ocorre de modo mais dinâmico porque o dinheiro transferido vai direto para a conta ente federado. Ou seja, as transferências intergovernamentais constituem um volume significativo, quando não o mais relevante, nas receitas orçamentárias locais.

De acordo com Montoro Filho (1994), a prática federalista no Brasil não ocorre de forma transparente quanto à provisão de bens e serviços públicos, sendo esta tida como de responsabilidade conjunta dos entes federados. Por outro lado, a responsabilidade das distintas esferas governamentais pelos gastos públicos não se encontra definida de forma clara no texto constitucional. Ademais, uma parcela significativa das municipalidades não cumpre com a contrapartida dos recursos transferidos pela esfera central, partindo do pressuposto da existência de mecanismos precários de controle destes recursos. Como consequência, são ressaltados conflitos relativos a quem deve prover e financiar esses bens e serviços públicos.

Nesta mesma linha, Almeida (1995) assinala o fato de que, a partir do momento em que a distribuição das responsabilidades entre os níveis de governo gera dúvidas quanto ao seu real cumprimento pelos gestores públicos, aumentam as possibilidades de os governos locais usarem dessa incerteza para buscar recursos adicionais e para repassar custos para a esfera federal. Tal procedimento ocorre, sobretudo, pelo fato de não existirem, no Brasil, mecanismos eficientes de controle e fiscalização dos recursos públicos repassados pelo governo federal, conforme já visto anteriormente.

Um outro aspecto relevante que devemos destacar acerca do novo modelo federativo brasileiro é que, a partir da Constituição de 1988, as subunidades de governo passam a ter autonomia para instituir, legislar, fixar alíquotas, conceder incentivos e arrecadar os tributos, limitados à sua esfera de atuação, bem como gerir e gastar as receitas decorrentes das transferências intergovernamentais (AFONSO, 1993). A partir daí, o federalismo fiscal passa a desempenhar um papel essencial na sustentação do arranjo federativo, com índices

expressivos de participação dos governos subnacionais no processo de geração e disposição tributária (ALMEIDA, 1995).

Neste sentido, o poder de tributar representa uma das principais mudanças constitucionais, estabelecendo um aumento, potencial (e não necessariamente real), na arrecadação de impostos por parte das unidades subnacionais, em sua própria jurisdição. Isto seria possível pela elevação dos recursos disponíveis de forma não vinculada, ou seja, recursos sem destinação específica, para os estados, distrito federal e municípios (ABRUCIO & COUTO, 1996).

Porém, o poder de tributar concedido aos entes federados por si só é insuficiente para a subsistência destes municípios, uma vez que ocorre, em algumas localidades, uma situação de impotência quanto à condição de geração de recursos tributários próprios. Então, o poder de tributar concedido às unidades subnacionais de governo muitas vezes é ineficaz em relação ao propósito de aumentar a arrecadação tributária nestas localidades. Por outro lado, os mecanismos de transferência de recursos para as subunidades de governo, adotados pelo novo modelo federativo brasileiro, podem proporcionar uma situação de dependência financeira e política destas localidades em relação às esferas superiores de governo (MONTORO FILHO, 1994). Há indícios de que, através do pacto federativo estruturado pela Constituição de 1988, a transferência de fundos públicos para as subunidades de governo trouxe, como uma de suas conseqüências, a redução do compromisso de arrecadação por parte das esferas subnacionais (GUARDIA, 1999).

As transformações proporcionadas pelo novo modelo federativo brasileiro não significaram, contudo, um movimento radical da centralização para a descentralização. Ao contrário, de acordo com Souza (2001), o processo de descentralização poderia ser definido como um movimento contínuo decorrente das relações de poder existentes entre as esferas central e subnacionais.

Neste contexto, de acordo com Almeida (1995), o federalismo fiscal representa a base estrutural do processo de descentralização, definindo a geração e distribuição dos recursos fiscais e parafiscais entre as esferas de governo e repassando as responsabilidades pela provisão de bens e serviços de acordo com a abrangência geográfica dos benefícios recebidos pela população de cada localidade.

Em um processo de descentralização fiscal no qual a esfera central é pouco atuante, no sentido de coibir comportamentos abusivos por parte dos entes federados, ocorre uma indefinição quanto à forma do modelo federativo adotado, com delimitações pouco claras sobre as atribuições, encargos e competências de cada subunidade de governo. Com efeito, o

Brasil passa a conviver com um federalismo híbrido que, na prática, se mostra limitado, uma vez que cabe à esfera central a maior parte dos repasses dos recursos tributários aos entes federados. Por sua vez, este formato de amplos poderes concentrados no governo federal apresenta-se, em alguns casos, como meramente figurativo, visto que a União parece não apresentar condições políticas ou mesmo financeiras para atuar de forma não cooperativa (MONTORO FILHO, 1994).

Enfim, o novo modelo federativo brasileiro parece ter resultado em disputas por recursos públicos entre as esferas subnacionais de governo, dificultando as relações intergovernamentais. Contudo, é essencial o entendimento de que estas relações implicam um processo de distribuição de poderes e responsabilidades entre os entes federados. Portanto, os mecanismos estabelecidos pelo governo central para a distribuição e repasse dos fundos públicos, via transferências financeiras para as subunidades de governo, definem o formato deste modelo federativo (SILVA, 1997).

Na subseção seguinte serão avaliados os mecanismos de descentralização fiscal e a consequente distribuição e alocação de recursos entre os entes federados. Esta análise justifica-se pela necessidade de termos um entendimento mais claro do que deve ser fiscalizado e controlado. Ou seja, analisaremos os repasses de recursos públicos para as unidades subnacionais de governo, suas normatizações e resultados práticos, para posteriormente sublinharmos os formatos práticos dos mecanismos de fiscalização e controle realizados pelos entes federados.

II.1.2. DESCENTRALIZAÇÃO FISCAL E ALOCAÇÃO DE RECURSOS NO NOVO MODELO FEDERATIVO BRASILEIRO

Nesta subseção procuraremos entender os mecanismos que vão dar formato ao processo de transferências tributárias para as subunidades de governo, a partir da descentralização fiscal. Objetivaremos, em seguida, analisar a alocação destes recursos. Para tanto, julgamos importante iniciarmos pela compreensão dos propósitos que norteiam a descentralização fiscal e também por uma análise de suas consequências práticas para as esferas de governo, a partir do novo modelo federativo implantado no Brasil com a Constituição de 1988.

Um dos principais argumentos favoráveis ao processo de descentralização encontra-se na justificativa de que ela proporcionaria uma maior proximidade entre o poder público e a comunidade local. Autores como Junqueira (1997) vão considerar, de maneira um tanto controvertida, que o processo de descentralização propicia a redução do tamanho do aparato organizacional do Estado, além de garantir maior agilidade e eficiência na condução das políticas de caráter social.

A partir daí, os autores que defendem esta prática argumentam que tal política teria condições de viabilizar um melhor funcionamento dos procedimentos de *accountability*. Isto seria possível pela expectativa de que a descentralização possibilite o desenvolvimento das capacidades individuais dos cidadãos, conseqüentemente induzindo ao acompanhamento das ações e gastos do poder público por parte da população (SOMARRIBA, 1998).

Junqueira (1997) vai ressaltar como princípios norteadores deste processo: “a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle social”, sendo estes moldados de acordo com o formato da gestão participativa e caracterizados pela presença de cooperação e parcerias entre os entes federados, além da adoção de mecanismos de *accountability* (p.190). No entanto, como veremos, tais princípios do processo de descentralização não foram, de fato, aplicados para o caso brasileiro.

Da mesma forma, Arretche (1996) assinala que a adoção de programas de descentralização apresenta como característica o fato de, em tese, eles viabilizarem condições para se alcançar estágios mais avançados de equidade, justiça social e redução de políticas clientelísticas. A partir daí, o argumento acerca da adoção de formas descentralizadas de prestação de serviços públicos ressaltaria o potencial de ampliação do processo democrático.

Os ganhos com o processo de descentralização podem ser visualizados a partir do momento em que consideramos que as preferências ou as demandas da sociedade vão diferir de uma localidade para outra. A diversidade de preferências ou necessidades seria melhor avaliada nos governos locais, pois estes podem reconhecer e proporcionar soluções capazes de maximizar o impacto dos gastos públicos, dada a maior proximidade entre a unidade gestora do gasto e o público-alvo (AFONSO *et alli*, 1998).

Todavia, a descentralização não é o resultado de um processo espontâneo, ou unidirecional mas sim o resultado de ações participativas de todas as esferas de governo com disposição para implantar um programa de descentralização de poder, recursos e de responsabilidades, com capacidade de gerenciamento dos custos desta reforma, por parte dos entes federados. Na formatação do processo de descentralização é prevista também a

disponibilidade de recursos financeiros e de gestão, para os entes federados, de modo a proporcionar atrativos capazes de fazer os governos locais aderirem ao processo de descentralização (ARRETCHE, 2000, p.248).

O processo de descentralização no Brasil, de acordo com Affonso (1995), surgiu como um dos temas mais relevantes na agenda de debates sobre a reforma do Estado, com a promessa de responder pela resolução dos problemas de um Estado burocratizado e inoperante, passando a ser encarada, de forma equivocada, como um fim em si mesma (p.68). Adicionalmente, resultaria no aumento das tensões entre as esferas de governo, além de aumentar as pressões, por parte das administrações locais, para a obtenção de recursos federais destinados aos programas de financiamento das políticas dirigidas aos segmentos sociais mais frágeis, o que, por sua vez, sublinharia as capacidades diferenciadas de absorção de encargos das diversas instâncias de governo (DAIN, 1995).

A descentralização apenas se justificaria na medida em que proporcionasse maior acesso a uma oferta mais equânime de serviços públicos. Deste modo, a implantação de programas de descentralização necessariamente teria que considerar a grande heterogeneidade das realidades estaduais e municipais, resultando, portanto, em custos mais elevados que não seriam necessariamente traduzidos em uma maior eficácia e produtividade da gestão local (SOARES, 1991).

Neste sentido, a adoção de regras pouco flexíveis e com critérios únicos de equalização fiscal não apresentaria a funcionalidade esperada, dada a extensão territorial e as disparidades regionais do país, que dificultam a divisão de recursos entre os governos subnacionais. Em tais condições, de acordo com Dain (1995), prevaleceria um processo de “descentralização aleatória”, sem critérios e desfocada da realidade. Neste contexto, o formato do processo de descentralização acabou não apresentando uma coerência entre o aumento das transferências constitucionais para as subunidades de governo e o correspondente repasse de responsabilidades para governos subnacionais (p.19).

As transformações estruturais proporcionadas pela Constituição de 1988 focam a descentralização fiscal como sendo um processo de redistribuição de poder e recursos entre as subunidades da federação, democratizando os espaços de decisões a partir de uma divisão de competências e responsabilidades entre os entes federados (JUNQUEIRA, 1997, p.190), redundando, portanto, em uma reconsideração dos interesses e estratégias das burocracias locais.

O processo de descentralização fiscal sustenta-se, dentre outros motivos, pela existência das transferências de recursos arrecadados pela União e pelos estados, que são

repassados para os municípios. Em uma análise desagregada verifica-se que em aproximadamente 45% do total dos municípios brasileiros a receita proveniente das transferências federais e estaduais representa mais de 95% da receita, o que demonstra ser praticamente nula a receita própria arrecadada (MENDES, 1999). Neste sentido, a descentralização funciona como um instrumental necessário para o financiamento e suporte das unidades subnacionais, com o propósito de complementar as verbas destas instâncias de governo, para que possam cumprir com suas finalidades sócio-econômicas (KÖNIG, 1998).

A Tabela I nos mostra a dependência de uma parcela significativa dos municípios de pequeno porte em relação às transferências intergovernamentais, da União em relação ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e/ou dos estados, através da partilha do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços de Transporte Interestadual e Intermunicipal e de Comunicações (ICMS). Os dados apresentados na Tabela I nos permite observar que 45,7% dos municípios sobrevivem de 95,4% de recursos provenientes de transferências, sendo todos com uma população inferior a 10 mil habitantes. Podemos observar, ainda, que 45% dos municípios vão ser dependentes de 88,4% de transferências intergovernamentais, correspondendo aos municípios com população entre 10 mil e 50 mil habitantes. Já os municípios com mais de 50 mil habitantes, que correspondem a 9,2% do total, demonstram uma dependência de 63,4% de transferências intergovernamentais. Os dados foram coletados em 1992.

Tabela I

COMPOSIÇÃO DA RECEITA MUNICIPAL: Receita Tributária (X) Transferências (Brasil, 1992, Porcentagens)					
Descrição	Número de Municípios	Receita Tributária	Transferências		Total
			ICMS	FPM	
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e) = (b) + (c) + (d)
Menos de 10 mil habitantes	2.273	4,60	36,60	58,80	100,00
Entre 10 mil e 50 mil habitantes	2.241	11,60	48,70	39,70	100,00
Mais de 50 mil habitantes	460	36,60	48,80	14,60	100,00
Total	4.974				

Fonte: Mendes (1999, p.55).

Guardia (1999) vai ressaltar que a descentralização tem como uma de suas conseqüências o comprometimento da capacidade de gerenciamento e controle por parte da esfera central, acarretando elevados custos de implantação. Ademais, os ganhos

proporcionados pela descentralização não se efetivariam por completo, dado o baixo nível de eficiência administrativa dos governos subnacionais.

Uma outra inconsistência do processo de descentralização é o que Dain (1995) vai chamar a atenção quando menciona os critérios de partilha de receita. Segundo a autora, o processo de descentralização não definiu cabalmente tais critérios de partilha dos recursos provenientes das transferências intergovernamentais, no contexto de uma política de equalização fiscal.

Como parece óbvio, na medida em que ocorre um aumento na participação dos estados, distrito federal e municípios na divisão do bolo da arrecadação tributária, em decorrência do novo modelo federativo, ocorre também um decréscimo na disponibilidade de recursos para a União, conforme observado anteriormente. Ou seja, ocorreu no país um aumento significativo dos fundos de participação dos municípios, mas a configuração básica dessa fonte de transferência não se alterou, são as mesmas fontes de recursos tributários (IR/IPI³), assim como os mesmos princípios de rateio destes tributos para as localidades (AFONSO, 1993). Como reflexo deste processo, ocorreu uma redução das condições de enfrentamento dos desequilíbrios regionais, dado o relativo enfraquecimento financeiro do governo federal (SOUZA, 2001).

A Constituição de 1988, como já visto, promoveu uma descentralização fiscal que privilegiou significativamente os governos municipais, através de um aumento expressivo nas suas fontes de receita, em função das transferências intergovernamentais, obrigando os governos federal e estaduais a repassarem para os governos municipais uma fatia maior de suas arrecadações tributárias, tendo também ampliado a competência tributária destas localidades (DAIN, 1995).

As transferências intergovernamentais de recursos públicos para as subunidades de governo, observadas a partir de uma avaliação mais extremada, poderiam ser consideradas como um instrumental de grande importância para as oligarquias locais, posto que potencializam vantagens na formação de acordos políticos entre as burocracias locais e os atores políticos, sobretudo regionais, diretamente interessados nestas localidades (ABRUCIO & COUTO, 1996).

Um outro aspecto que merece atenção no processo de descentralização é o comportamento aparentemente perdulário adotado por parte de alguns governos municipais. Peters (1992), ressalta que a maior parte dos custos com a implantação do programa de

³ Imposto sobre a Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).

descentralização é de responsabilidade do governo central, destacando o peso das transferências intergovernamentais neste programa. Esta condição, por sua vez, abriria espaço para que os governos locais promovessem uma elevação nos gastos próprios, tendo como garantia o suporte e o apoio financeiro da União (p.316).

Uma das explicações possíveis para esta situação é dada por Nunes (1996) ao considerar que o processo de descentralização vai estabelecer uma relação ambígua, pois a maior proximidade da sociedade civil do poder público pode reforçar o poder discricionário das oligarquias locais. Localmente estas estruturas oligárquicas acabam por promover a manutenção e reprodução de práticas clientelistas (p.34).

O'Donnell (1997) considera que, ao se conferir competências aos micropoderes, são reforçados mecanismos de disputas entre os atores da burocracia local. A partir daí, podem ocorrer competições entre os atores políticos locais, onde as relações de poder parecem ser compartilhadas como uma forma particularizada de alocação das rendas públicas. Esta postura dos governos subnacionais, por sua vez, compromete a adoção de mecanismos de controle e policiamento dos recursos públicos por parte da sociedade, assim como pelas agências de *accountability* independentes.

Nesta mesma linha, Arretche (1999) vai considerar que, em um sistema federativo no qual a esfera central dá demonstrações de incapacidade para impedir que haja uma má conduta por parte dos entes federados, seria plausível esperar que ocorram situações de abusos por parte destas localidades. Neste contexto, parece razoável supor que cada nível de governo procure transferir para uma outra esfera parte dos custos políticos e financeiros referentes à gestão destas localidades e, ao mesmo tempo, arrecadar a maior parte dos benefícios dela derivados (p.115).

O sistema de controle e fiscalização das contas públicas no Brasil se depara com uma situação contraditória. Este paradoxo pode ser observado ao termos a noção de que a fragilidade do modelo de *accountability* horizontal no Brasil não se explica ao analisarmos este sistema tal como foi previsto na legislação. Ou seja, estão previstos legalmente critérios rígidos para o controle e fiscalização das transferências de recursos provenientes da esfera central para as localidades. No entanto, as regulamentações e normatizações que regem os mecanismos de controle e fiscalização dos recursos públicos no Brasil parece não serem evidenciadas na prática.

Como medida para reforçar este modelo de controle e fiscalização dos recursos públicos, conforme observamos no primeiro capítulo desta dissertação, existem Tribunais de Contas em todos os estados, encarregados de efetuar a fiscalização destes repasses públicos,

além de Assembléias Legislativas e Câmaras de Vereadores. Com efeito, a *accountability* horizontal, em tese, deveria ser fortalecida em função da existência de inúmeras instâncias de controle e fiscalização dos gastos públicos.

No entanto, parece ocorrer uma divergência entre o que é previsto na legislação e a sua efetivação prática. Isto se dá, dentre outros motivos, em função do critério adotado para os procedimentos de controle e fiscalização dos recursos públicos. O controle ocorre a partir do agente repassador. A fiscalização dos recursos públicos é atribuída à esfera de governo que repassou este dinheiro, conforme já dito anteriormente.

Todavia, ao que parece, as exigências legais não são cumpridas e o arcabouço institucional destinado ao controle e fiscalização, no Brasil, não apresenta condições para executar esta função e adotar medidas coercitivas quando necessárias.

Por outro lado, Souza (1996) assinala que o processo de descentralização desencadeia novas situações de conflitos entre as diferentes camadas e grupos sociais, afetando, de maneira significativa, a repartição de poder político e econômico entre os integrantes dos governos locais. A adoção de políticas descentralizadas pode proporcionar uma fragmentação do poder político entre as distintas burocracias locais, sem, contudo, estabelecer novos formatos e critérios de alocação dos recursos provenientes das transferências intergovernamentais.

As transferências de recursos orçamentários do governo federal para os governos estaduais e municipais ocorrem automaticamente ou a partir de convênios, que são efetivados quando a unidade beneficiada comprovar o cumprimento de algumas exigências⁴ impostas pelo governo central (GARCIA, 1995, p.9).

Este conjunto de exigências, impostas para a transferência de recursos, envolve também uma comprovação de adimplência quanto a disposições legais que dizem respeito à

⁴ Segundo Garcia (1995, p.9), as exigências constitucionais para a transferência dos fundos públicos seriam homologadas considerando o fato de que a localidade:

“a) instituiu, regulamentou e arrecada todos os tributos previstos pela Constituição Federal;

b) a receita tributária própria corresponde, em relação ao total das receitas orçamentárias, excluídas as operações de crédito, a pelo menos:

- 20% no caso de estados e distrito federal;
- 3% em municípios com mais de 150 mil habitantes;
- 2% para municípios com população entre 50 mil e 150 mil habitantes;
- 1% no caso de municípios com população entre 25 mil e 50 mil habitantes;
- 0,5% para municípios com até 25 mil habitantes;

c) não realizou operações de crédito que excedessem o montante das despesas de capital, ressalvadas aquelas aprovadas pelo poder Legislativo por maioria absoluta;

d) aplica no mínimo 25% da receita resultante de impostos, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e no desenvolvimento do ensino; e

e) não despense, com o pagamento de pessoal, mais de 65% do valor das respectivas despesas correntes”.

devida alocação destes recursos pelo poder público local. Contudo, os organismos federais encarregados do acompanhamento, da avaliação e supervisão das políticas implementadas no âmbito local têm se mostrado pouco organizados para analisar a veracidade das informações orçamentárias prestadas pelas subunidades de governo, sendo incapazes de comprovar o correto desempenho de cada executor.

Um outro ponto a se considerar é o fato dos orçamentos serem meramente autorizativos⁵, podendo ser alterados no decorrer de cada exercício fiscal, além de receber valores suplementares e a inclusão de novos créditos, mediante autorização legislativa. Neste contexto, parecem ocorrer facilidades ou mesmo estímulos ao desequilíbrio fiscal.

As principais formas de transferência de recursos estabelecidas no pacto federativo estão alicerçadas no Fundo de Participação dos Estados (FPE⁶), que é distribuído da seguinte forma: 85% para as unidades da federação integrantes das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e os 15% restantes para as unidades da federação integrantes das regiões Sul e Sudeste. Já o Fundo de Participação dos Municípios (FPM⁷) é distribuído da seguinte maneira: 10% para os municípios das capitais; 3,6% para os municípios do interior com população acima de 156.216 habitantes; e 86,4% para os municípios do interior com população abaixo de 156.216 habitantes⁸. Como exemplo da relevância destes fundos para as localidades, podemos observar que, no ano de 1991 o FPE representou aproximadamente 76% das transferências tributárias destinadas aos estados, enquanto o FPM representou aproximadamente 96,4% das transferências tributárias que a União reverte para os municípios (BARRERA & ROARELLI, 1995).

No tocante à repactuação dos tributos de competência das esferas federal e estaduais, a partir da Constituição de 1988 ocorreu uma elevação do percentual dos impostos federais destinados aos estados e municípios por meio dos fundos de participação – de 17,5% para 22,5% –, bem como no percentual de participação dos municípios no ICMS – de 20% para 25% (BARRERA & ROARELLI, 1995).

⁵ De acordo com Guardia (1999), o orçamento público no Brasil pode ser alterado com relativa facilidade ao longo de sua execução, principalmente no tocante à emissão de dívida além do montante previsto. Há, também, espaço significativo para que os parlamentares “pendurem” despesas de caráter estadual e municipal no orçamento federal. Neste contexto, admitir que o orçamento apresenta um caráter autorizativo e não obrigatório é o mesmo que admitir que o poder Legislativo aprova uma medida que o poder Executivo cumpre se quiser.

⁶ Os estados e o distrito federal recebem da União o equivalente a 25% da arrecadação do IR e do IPI, através do FPE. Estes recursos são distribuídos de acordo com a população e a superfície terrestre de cada localidade. Os recursos transferidos aos municípios vão ser inversamente proporcional à renda *per capita* do ente federado, calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁷ A União destina aos municípios, através do FPM, o equivalente a 22,5% da arrecadação do IPI e também do IR. Estes recursos são repassados ao ente federado a partir de uma distribuição proporcional à população de cada localidade. Estes cálculos tomam por base os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A Tabela II mostra, de forma clara, os efeitos advindos do novo modelo federativo instituído a partir da Constituição de 1988. A composição dos valores é dada em percentual e em relação ao Produto Interno Bruto (PIB), considerando um período anterior à Constituição de 1988 e um outro período logo após a promulgação da Constituição de 1988. Os dados evidenciam a redução dos recursos disponíveis para a União, ao passo que ocorreu um aumento de receitas para as subunidades de governo.

Tabela II

DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOS PÚBLICOS (%) 1985-1993				
Esfera de Governo	Distribuição anterior à Constituição (1985)		Distribuição pós-Constituição (1993*)	
	(%)	PIB	(%)	PIB
Federal	44,60	6,70	36,50	5,70
Estadual	37,20	5,60	40,70	6,30
Municipal	18,20	2,70	22,80	3,50
Total	100,00	15,0	100,00	15,50

Fonte: Souza (1998, p.577).

(*) 1993 foi o ano em que a reforma tributária estabelecida pela Constituição de 1988 foi integralmente implantada

A Tabela III vai ratificar os dados apresentados na Tabela II, mostrando a evolução da receita disponível para os entes federados, a partir de três períodos distintos, evidenciando, da mesma forma, o decréscimo da receita disponível da União e o aumento da receita para os demais entes federados. Isto ocorreu em função de um aumento significativo dos repasses de recursos provenientes da União para as esferas subnacionais, conforme já frisado anteriormente.

Tabela III

RECEITA DISPONÍVEL POR ESFERA DE GOVERNO			
Ano	1980 (%)	1988 (%)	1993 (%)
União	69,00	62,00	58,00
Estados	22,00	27,00	26,00
Municípios	9,00	11,00	16,00
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: AFFONSO, 1995 (Elaborada a partir de dados do DECNA/IBGE e IBRE/FGV)

⁸ São considerados pequenos os municípios que têm menos de 156.216 habitantes.

Uma outra forma de transferência de recursos para os governos locais são as transferências voluntárias⁹, que são aquelas efetuadas pela União em favor das outras esferas de governo que não são determinadas pela Constituição. O maior volume destas transferências ocorre através do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses recursos são entregues aos municípios a título de financiamento da prestação descentralizada dos serviços de saúde (AFONSO; ARAÚJO & OLIVEIRA, 2001). No próximo capítulo, realizaremos uma análise mais detalhada deste formato específico de transferência de recursos governamentais, provenientes do SUS, para as subunidades de governo.

Nunes (1996) argumenta que, com o processo de descentralização fiscal, passaram a ocorrer situações de competição entre as subunidades de governo pelos recursos tributários provenientes das transferências intergovernamentais. Contudo, um outro fator que tem contribuído para acirrar estas disputas entre os entes federados é, como veremos, a liberdade de tributar concedida a estas localidades. Nesta mesma linha, Souza (1999) chama a atenção para a configuração de um cenário de “hobbesianismo municipal”, que expressaria uma disputa por investimentos e recursos entre os municípios. Parece, assim, não haver incentivos para a cooperação entre as subunidades de governo, mas principalmente elementos capazes de ampliar as disputas pelos recursos fiscais (p.199).

A competição tributária ocorre, sobretudo, em países federativos onde os governos subnacionais possuem autonomia fiscal. Este processo competitivo se dá quando determinado governo, agindo de modo não-cooperativo, utiliza dessa autonomia para implementar medidas tributárias que influenciem os resultados econômicos e sociais de outros governos, gerando um quadro de guerra fiscal entre os governos subnacionais.

Neste sentido, o processo de descentralização fiscal abriu espaço para que se potencializasse nas subunidades de governo a condição de competidores por investimentos e transferências públicas. Do mesmo modo, acirrou a disputa, entre as diversas localidades, pelos recursos públicos advindos das transferências intergovernamentais. Ou seja, a competição tributária passa a existir quando as decisões fiscais de um governo afetam as receitas tributárias de outros governos (DAIN, 1995).

O processo de transferência de recursos muitas vezes ocorre em troca de apoios políticos, o que caracteriza a perda de racionalidade econômica ou social do processo, substituída pelo fisiologismo e pela corrupção (MONTORO FILHO, 1994).

⁹ As transferências voluntárias referem-se aos repasses de recursos correntes ou de capital para os municípios. Tais transferências ocorrem a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, não decorrente de

Abrucio e Couto (1996) afirmam que a lógica adotada pelos governos subnacionais para aumentar seus recursos e poderes passa, antes de tudo, pelo enfraquecimento do governo central. Neste sentido, de acordo com estes autores, o processo de descentralização fiscal teria ocorrido como uma reação dos governos subnacionais contra os poderes excessivos do governo central.

Mendes (1999) ressalta que a adoção do novo modelo federativo brasileiro levou a uma situação paradoxal, na qual, de um lado, havia o risco de um crescimento excessivo do governo central, uma vez que este concentraria grande parte dos recursos tributários e o poder discricionário para o repasse desta verba para as subunidades de governo. Isto, por seu turno, tenderia a sufocar e inibir a participação local, proporcionando um distanciamento dos interesses ou necessidades pontuais de cada localidade e abrindo espaço para a atuação de uma burocracia federal parasitária. Por outro lado, haveria também a ameaça da descentralização excessiva, ao conceder às localidades o poder de tributar, que tenderia a gerar uma competição predatória entre os pares federados e estimularia iniciativas emancipatórias, além de concentrar poderes nas mãos das burocracias locais.

Assim, uma legislação aparentemente permissiva, em que o texto constitucional estabelece que cada novo município tem direito a receber uma parcela do FPM e uma quota do ICMS, via FPE, proporciona incentivos para que os pequenos distritos busquem a sua emancipação, tornando-se assim municípios (ABRUCIO & COUTO, 1996).

A partir daí, segundo Silva (1997), ocorreria a possibilidade de que municípios novos, criados com o objetivo de atrair rendas federais e/ou estaduais, tenham maior propensão a contrair gastos em favor de grupos de interesse, aumentando, assim, as despesas governamentais. Desta forma, os atores da administração pública podem não se sentir pressionados a agir com lisura ou de forma responsável, uma vez que seria baixa a probabilidade de que atos ilegais ou displicentes sejam flagrados ou punidos (p.101).

Arretche (1996) vai considerar que, ao se deslocar recursos financeiros e poder de decisão do governo central para as unidades subnacionais, mais autônomas, pode-se evitar uma situação de dominação do centro, mas também pode-se permitir que essa dominação se desloque para as esferas de governo subnacionais. Esta situação seria induzida pela condição precária e pouco eficiente dos mecanismos de controle e fiscalização referentes aos atos e gastos públicos existentes (p.48).

Ademais, a presença sempre ativa da burocracia neste processo, orientada muitas vezes por uma lógica política clientelista, inviabilizaria a prestação de contas por parte dos agentes responsáveis pela administração e condução dos atos e gastos públicos (FLEURY, 1997), de modo que o acompanhamento efetivo das ações e dos repasses financeiros, por parte da sociedade, ou mesmo por agências de *accountability*, se tornaria difícil ou mesmo inviável, também em função da sua complexidade e custos.

Portanto, de acordo com Arretche (1996), não há garantias de que a adoção de programas voltados para a descentralização de recursos públicos e de poder para as subunidades de governo garanta a redução de práticas clientelísticas e burocráticas. O controle e fiscalização dos recursos públicos seria resultado dos trabalhos realizados por instituições independentes que, na melhor das hipóteses, tentariam garantir a sua capacidade de *enforcement* sobre o governo via adoção de políticas de transparência e *accountability* dos atos e gastos públicos.

O processo de descentralização parece assumir uma funcionalidade particular para cada caso, de acordo com as características das diferentes localidades. Assim, segundo Tobar (1991), “nem a centralização nem seu oposto” garantiriam, por si sós, ganhos expressivos para a sociedade (p.49). As políticas de descentralização não podem ser vistas como um propósito único em si, responsável pela solução de todos os problemas.

Em relação a estas considerações quanto aos riscos inerentes ao processo de descentralização, sustentadas por vários autores, vale ressaltar que, em se tratando da implantação de programas com estas características, há também um consenso na literatura de que processos de descentralização apresentam um período de maturação e que os resultados favoráveis deste programa não surgem no curto prazo (FINOT, 2001). Por isso, quaisquer conclusões tiradas sem que haja uma análise precisa de todo o período necessário para a obtenção dos resultados esperados com o processo de descentralização seriam, no mínimo, incertas ou imprecisas.

Assim, não se pode menosprezar o impacto do processo de descentralização, sobretudo no que se refere à sua condição de mecanismo viabilizador da participação popular em processos decisórios (UGÁ, 1991). Entretanto, de acordo com Soares (1991), o que se deveria combater é a visão de que tudo poderia e deveria ser municipalizado, “estabelecendo uma polarização entre o municipal e o federal”, pois esta perspectiva acarretaria enormes distorções na construção de um sistema federativo equilibrado (p.54).

De acordo com Afonso (1996), o fator que motivou no país o desencadeamento de um processo de descentralização fiscal foi eminentemente político, sendo que o processo não foi

determinado por interesses técnicos ou econômicos. O processo de descentralização fiscal não partiu de qualquer planejamento, muito menos perseguiu uma estratégia deliberada, com políticas bem definidas, buscando maior eficiência e eficácia nas ações governamentais (p.33).

A descentralização no país tem sido um processo que avança de acordo com as circunstâncias políticas de cada localidade, não se caracterizando, portanto, como um programa de governo bem estruturado e tecnicamente definido. No Brasil, o processo de descentralização aparentemente não contou com uma liderança efetiva do governo central, sobretudo no que se refere à capacidade de condução do processo, mantendo-se ausente seja em relação ao suporte técnico aos entes federados ou na questão de controle e fiscalização dos recursos transferidos via repasses intergovernamentais, conforme visto anteriormente.

Neste contexto, o papel do governo central como agente fiscalizador e disciplinador das unidades federativas parece ignorado pelas burocracias locais, que muitas vezes se valem de uma suposta permissividade e/ou conivência dos agentes do poder central. Então, segundo Afonso (1994), o programa de descentralização não representaria uma lógica efetivamente nacional, sendo, portanto, orientado pela não negociação com as partes envolvidas. Desta forma, não se poderia esperar uma coerência entre o processo de descentralização fiscal e outros programas de reforma do Estado, uma vez que esta coerência sequer teria sido um propósito do governo central (p.17).

Deste modo, a União teria delimitado, no processo de descentralização, uma política aparentemente permissiva e de apadrinhamento, tornando as subunidades de governo dependentes das transferências intergovernamentais. Na maioria das vezes, a esfera central atua como financiadora (ou emprestadora), em último caso, de estados e municípios falimentares (SERRA & AFONSO, 1999). Adicionalmente, a descentralização tributária não implicou o mesmo desempenho financeiro para todas as localidades. Constituiu, acima de tudo, um movimento de municipalização da receita, onde uma parcela significativa dos municípios não apresenta condições de arrecadação tributária própria, ficando, assim, dependentes das transferências intergovernamentais (AFONSO, *et alli*, 1998).

Esta perversidade do modelo federativo brasileiro, de acordo com Rezende (1995), seria conseqüência da autonomia financeira concedida aos governos subnacionais, a qual teria sido confundida com liberdade para gastar, sem a equivalente responsabilidade de tributar. Portanto, esta situação incentivaria a adoção de uma postura de comodidade e apatia tributária por parte dos governos subnacionais.

Compartilhando deste pensamento, Afonso e Lobo (1996) apontam o fato de que o excessivo aporte de transferências federais para os demais entes federados pode provocar um indesejável quadro de desestímulo à arrecadação fiscal, redundando em uma situação em que os governos subnacionais não se empenham em aumentar suas receitas tributárias próprias, gerando um quadro de irresponsabilidade fiscal.

Por outro lado, esta inoperância quanto à arrecadação tributária pode também ser resultado de manobra política, adotada pelo gestor local que, ao reduzir a tributação local, busca dividendos políticos, configurando uma situação semelhante à de renúncia fiscal. Na realidade, esta renúncia fiscal geraria significativas distorções, pois os bens e serviços públicos de consumo local passariam a ser financiados pelos contribuintes das demais localidades (MENDES, 1999).

Note-se, ainda, que o processo de elaboração orçamentária instituído pela Constituição de 1988 não conseguiu conter o comportamento predatório de alguns parlamentares, nas três esferas de governo. De acordo com Rezende (1995), as Casas Legislativas têm atuado, em grande medida, através de uma disputa individualizada por verbas avulsas, com finalidade eleitoral, municipalizando e estadualizando parte do orçamento federal. Com efeito, o desequilíbrio da representação política dos estados no Congresso Nacional parece dificultar ainda mais a busca de um novo pacto federativo no campo fiscal. Isto ocorre porque, na maioria das vezes, é preciso competir com outras localidades, de modo a absorver ajuda financeira do governo federal. Vale lembrar que os recursos financeiros da União também são limitados. Assim, muitas vezes, o que se tem no Congresso Nacional são políticos que atuam como “vereadores federais”.

Paralelamente à descentralização fiscal, diversos outros aspectos da Constituição de 1988 contribuíram para fazer dos Legislativos municipais um espaço privilegiado para a prática da apropriação de recursos públicos. Tal situação ocorreu a partir do momento em que, ao serem concedidos poderes ao Legislativo e ao Judiciário federal para a fixação de suas próprias despesas, tal medida foi incorporada pelas Constituições estaduais e Leis Orgânicas municipais, abrindo espaço para que os membros daqueles poderes ampliassem suas retiradas. Com isso, houve um recrudescimento dos mecanismos de *rent seeking* por parte destas instâncias de poder, onde os agentes públicos passaram a disputar rendas geradas pelo governo central (MENDES, 1999).

Por outro lado, como visto anteriormente, as instituições públicas diretamente responsáveis pela fiscalização da aplicação dos recursos públicos (poderes Legislativos federais, estaduais e municipais, Tribunais de Contas, Ministérios Públicos, dentre outras)

apresentam uma baixa visibilidade em relação às suas funções e atuações, não tendo também, normalmente, condições estruturais para coibir o mal uso e os eventuais casos de corrupção com dinheiro público (MENDES, 1999).

Na próxima seção, discutiremos os aspectos normativos estabelecidos pela Constituição de 1988 visando ao controle e fiscalização dos gastos públicos. Buscaremos entender como são efetivadas as diretrizes normativas previstas na legislação, analisando as intervenções práticas de fiscalização mútua entre os poderes. A partir daí, analisaremos o papel destas instituições no controle e fiscalização dos recursos públicos transferidos às subunidades de governo.

II.2. CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS GASTOS PÚBLICOS: O PAPEL DOS PODERES EXECUTIVO, LEGISLATIVO E JUDICIÁRIO

Nesta seção faremos uma análise do controle mútuo entre as instâncias de poder público no Brasil. Observaremos os aspectos normativos, definidos constitucionalmente para a realização do controle mútuo entre estas instâncias e em seguida, analisaremos este arcabouço institucional com o propósito de visualizarmos as ações praticadas por tais instâncias. A partir daí, supomos ter condições para entender melhor como são viabilizados os mecanismos de transferências intergovernamentais e as respectivas medidas de controle e fiscalização conduzidas pelas instâncias de poder público no Brasil.

O sistema federativo brasileiro, de acordo com a Constituição Federal de 1988, é do tipo bicameral¹⁰, sendo estabelecido que o poder Legislativo é exercido pelo Congresso Nacional, que se compõe pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, tendo suas atribuições definidas constitucionalmente¹¹.

Nesta mesma linha, o poder Legislativo, nos governos subnacionais, é composto pelas Assembléias Legislativas¹², no caso dos estados e distrito federal, regidos a partir de

¹⁰ Ver artigo 44 da Constituição Federal de 1988.

¹¹ Ver artigo 48 da Constituição Federal de 1988.

¹² Ver artigo 27 da Constituição Federal de 1988.

Constituições próprias¹³, e, no caso dos municípios, pelas Câmaras de Vereadores¹⁴, em obediência às Leis Orgânicas¹⁵ de cada localidade.

O poder Executivo tem a responsabilidade constitucional de, guardando os limites de atuação de cada esfera de governo, propor e administrar as políticas públicas, buscando respeitar os princípios da harmonia e da independência dos poderes Legislativo e Judiciário. Corresponde também ao poder Executivo, em cada nível de governo, a responsabilidade de manter o regime federativo, assim como de zelar pelo cumprimento do pacto federativo estabelecido.

O princípio da limitação de poderes, adotado pelo sistema constitucional brasileiro, tem como propósito, de acordo com Figueiredo (2001), instituir um modelo destinado a impedir a formação de instâncias hegemônicas de poder no âmbito do Estado. A partir daí, objetiva neutralizar a possibilidade de dominação institucional de qualquer dos poderes sobre os demais.

O sistema federativo brasileiro atribuiu a órgãos distintos e independentes funções específicas para o exercício do poder de Estado, com um formato de controle mútuo entre as instâncias públicas de poder, de modo que nenhum dos integrantes dos três poderes possa agir em desacordo com as leis e a Constituição.

Ou seja, em um sistema federativo a autonomia e interdependência entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário constituem uma característica essencial para o exercício de poder do Estado, sendo regulado pelo papel de fiscalização mútua entre as três instituições de poder.

O controle e fiscalização realizados mutuamente entre as instâncias de poder no sistema democrático brasileiro, por meio de mecanismos de *checks and balances*, constituem um processo de *accountability* horizontal, caracterizando uma vigilância mútua constante entre os três poderes autônomos do Estado (CARNEIRO & COSTA, 2001).

Portanto, o modelo de *accountability* horizontal, no Brasil, constitui-se, principalmente, pelo controle mútuo realizado pelos pares institucionais e definido constitucionalmente.

As atividades de controle e fiscalização dos atos e gastos do poder Executivo ficam, por definição constitucional, a cargo das Casas Legislativas, sendo auxiliadas por órgãos

¹³ Ver artigo 25 da Constituição Federal de 1988.

¹⁴ Ver artigo 29 da Constituição Federal de 1988.

¹⁵ Ver artigo 29 da Constituição Federal de 1988.

externos¹⁶ no caso do controle e fiscalização contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial da União, dos estados, distrito federal e municípios (GUANABARA, 1999).

Neste contexto, a configuração do sistema federativo brasileiro parece assegurar a conformação do processo de *accountability* horizontal. Este formato de *accountability* horizontal em tese seria assegurado pela divisão e independência entre os poderes. A partir daí, estaria supostamente garantida a fiscalização mútua entre estas instâncias de poder, tendo como propósito, dentre outros, minimizar procedimentos abusivos das partes (FIGUEIREDO, 2001). Assim, a concepção adotada pauta-se pela noção de “freios e contrapesos” em um sistema de vigilância institucional permanente (GUANABARA, 1999, p.43).

Com o atual modelo federativo brasileiro, o poder Executivo passou a usufruir de importantes espaços de influência sobre o poder Legislativo. No entanto, esta condição parece limitar o princípio da independência na realização de fiscalizações, que são atribuídas a esta instância de poder, sobretudo em função do poder de agenda¹⁷ concentrado nas mãos do Executivo, conforme se verá mais adiante. Assim, os eventuais atos de fiscalização e controle ocorrem em um ambiente onde o poder Executivo dispõe de condições para controlar estes atos deflagrados pelo poder Legislativo. Neste sentido, os eventuais resultados destas ações de fiscalização e controle exercidas pelo Legislativo, ao que parece, vão estar submetidos aos interesses do Executivo (FIGUEIREDO, 2001).

De acordo com Speck (2000), o poder Executivo tende a usar o seu acesso aos agentes do poder Legislativo para costurar acordos que minimizem a função de fiscalização e controle. Os membros do poder Executivo acabam por exercer uma influência direta sobre as comissões permanentes de fiscalização criadas pelo poder Legislativo para acompanhar as ações e gastos públicos. Com efeito, a atuação do poder Legislativo parece se restringir, assim, à formulação da legislação e fiscalização política das ações do poder Executivo.

Como é previsto constitucionalmente o controle mútuo entre as instâncias de poder, achamos por bem descrever como se dá esta forma de controle a partir das diretrizes formuladas pela Constituição de 1988. Portanto, focalizaremos, aqui, os formatos desta interação entre as instâncias de poder público no Brasil, de modo a consolidarmos o

¹⁶ Ver artigo 70 da Constituição Federal de 1988.

¹⁷ De acordo com Figueiredo e Limongi (1999), por poder de agenda pode-se entender a “definição dos temas substantivos a serem apreciados pelo poder público, assim como a determinação dos passos e da seqüência de procedimentos a serem seguidos ao longo do processo decisório” (p.69). Nesta mesma linha, Azevedo e Anastasia (2002) consideram que o poder de agenda orienta-se pela “capacidade de iniciativa política, entendida enquanto capacidade de inserir na agenda política alternativas que correspondam às preferências e/ou interesses dos atores”, assim como a condição de expressar e formular as suas preferências ao longo do processo decisório (pp. 21-22).

entendimento que será necessário para uma análise destes mecanismos de controle e fiscalização mútuos em seus aspectos práticos, mais especificamente na gestão dos recursos para a saúde.

Por definição constitucional, o poder Executivo exerce controle sobre as ações do poder Legislativo, no que tange o processo de elaboração das leis, por meio de sanções ou mesmo pela adoção de vetos aos projetos de lei aprovados¹⁸. Este controle se dá também, através da participação do Executivo no processo de escolha dos ministros do Tribunal de Contas da União (TCU¹⁹), ministros esses que têm a incumbência, dentre outras coisas, de aprovar ou não as contas do próprio Presidente da República.

Como se sabe, a Constituição de 1988 estabelece consideráveis poderes legislativos e de agenda ao poder Executivo. Esta condição proporciona aos membros do poder Executivo condições e mecanismos para controlar o processo legislativo; a partir daí, de acordo com Figueiredo (2001), o governo funcionaria como se “houvesse uma fusão de poderes” (p.691).

Esta mesma autora considera que a função constitucional de fiscalização atribuída ao poder Legislativo tende a se restringir, dado o poder de agenda do Executivo. O Executivo brasileiro parece ter condições para minimizar tanto a capacidade de controle e fiscalização como as possibilidades de êxito parlamentar nestes processos.

Adicionalmente, a possibilidade de controle parlamentar sobre o poder Executivo se reduz à medida que ocorre um aumento da concentração do poder de agenda e de veto nas mãos do Executivo ou na coalizão governista. As dificuldades de controle e fiscalização parecem aumentar proporcionalmente à elevação do grau de opacidade informacional entre os atores destas instâncias de poder (FIGUEIREDO & LIMONGI, 1999).

O controle constitucional que o poder Executivo exerce sobre o poder Judiciário se dá através da nomeação dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), assim como dos demais Tribunais Superiores²⁰. Deste modo, parece que o poder Executivo se mantém sempre próximo ao Judiciário, minimizando a condição de independência desta instância.

A Constituição de 1988 estabelece que cabe ao poder Legislativo a função jurídico-institucional de exercer a atividade fiscalizadora dos atos e gastos do poder Executivo. Neste sentido, Silva (1997) vai considerar que o controle exercido pelo Legislativo ocorre principalmente através de pressões, que podem ser veiculadas por manifestações de apoio ou rejeição às iniciativas do poder Executivo.

¹⁸ Ver artigo 84, incisos IV e V da Constituição Federal de 1988.

¹⁹ Ver artigo 84, inciso XV da Constituição Federal de 1988.

²⁰ Ver artigo 84, inciso XIV, artigo 101, § Único e artigo 104, § Único da Constituição Federal de 1988.

Ao poder Legislativo é atribuído, constitucionalmente, dentre outras funções, a prerrogativa de controle do poder Executivo. Este controle se dá pela possibilidade de julgamento dos membros desta instância por crime de responsabilidade²¹ e, também, pela possibilidade de averiguação das contas do Presidente da República²² e dos demais órgãos vinculados à administração pública²³. Adicionalmente, a legislação dá ao poder Legislativo a função de fiscalizar e controlar os atos do poder Executivo²⁴, assim como autonomia para criar Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI's²⁵).

Dentro da competência do poder Legislativo de fiscalizar, ressalta-se o poder de contestação dos atos normativos do poder Executivo. Tal medida ocorre quando há uma exacerbação, por parte do poder Executivo, de sua função de regulamentação ou mesmo quando ocorre um rompimento dos limites de delegação constitucional²⁶. Com efeito, na maioria das vezes, a punição de maior peso dada aos agentes do poder Executivo pelos integrantes do poder Legislativo refere-se ao afastamento e cassação do cargo ocupado (FIGUEIREDO, 2001).

O poder Legislativo tem também a atribuição constitucional de exercer controle sobre as ações do poder Judiciário, na medida em que participa diretamente na aprovação da escolha dos membros dos Tribunais Superiores²⁷, bem como no processo de julgamento dos Ministros destes Tribunais nos crimes de responsabilidade²⁸. Por fim, esta função pode ser evidenciada na fiscalização dos recursos e do patrimônio público do poder Judiciário, quando do exercício da sua atividade administrativa²⁹.

Por sua vez, a função de fiscalização exercida pelo poder Judiciário junto ao poder Executivo, de acordo com a Constituição de 1988, está fundamentada na necessidade de controle da constitucionalidade das leis e atos administrativos e, também, no julgamento dos integrantes destes poderes pelos crimes comuns e de responsabilidade.

Um outro mecanismo de controle mútuo existente entre as instâncias do poder público no Brasil ocorre por meio do processo de elaboração orçamentária. É através dela que vão ser definidas as prioridades quanto à alocação de recursos. Neste sentido, a responsabilidade pela probidade na gestão fiscal, segundo Khair (2001), tem como pressuposto a adoção de ações

²¹ Ver artigo 52, inciso II da Constituição Federal de 1988.

²² Ver artigo 51, inciso I da Constituição Federal de 1988.

²³ Ver artigo 71, incisos I e II da Constituição Federal de 1988.

²⁴ Ver artigo 49, inciso X da Constituição Federal de 1988.

²⁵ Ver artigo 58, § 3º da Constituição Federal de 1988.

²⁶ Ver artigo 49, inciso V da Constituição Federal de 1988.

²⁷ Ver artigo 101, § Único e artigo 104 § Único da Constituição Federal de 1988.

²⁸ Ver artigo 52, inciso II da Constituição Federal de 1988.

planejadas e transparentes, objetivando o equilíbrio das contas públicas, a partir do cumprimento de metas previamente estabelecidas de receitas e despesas, previstas na execução orçamentária, respeitando, porém, os limites impostos para cada subunidade de governo para a expansão da dívida pública.

Neste contexto, o sistema orçamentário³⁰ torna-se uma peça importante para a manutenção de uma política de transparência fiscal. Deste modo, através da estrutura orçamentária de receitas e despesas, podem ser definidas as políticas estabelecidas como prioridades de gastos, assim como suas alternativas de financiamento (GUARDIA, 1999).

Porém, a falta de transparência quanto aos mecanismos de execução orçamentária, por sua vez, torna difícil o acompanhamento destes gastos por parte do poder Legislativo, pois os registros e alocações dos recursos não apresentam objetividade ou consistência satisfatórias. Em função disto, a prerrogativa de controle e fiscalização do poder Legislativo fica comprometida, afetando diretamente o modelo de *accountability* horizontal (SANTOS; MACHADO & ROCHA, 1997).

Nesta mesma linha, a flexibilidade concedida ao poder Executivo para intervenção junto ao processo orçamentário induz a uma maior discricionariedade quanto à alocação de recursos, em detrimento da capacidade de definição do poder Legislativo. Deste modo, esta flexibilidade ocasiona uma abertura de espaços para que ocorra um comprometimento do equilíbrio orçamentário, influenciando diretamente nos mecanismos de dotação orçamentária³¹, sobretudo na condução das diferentes etapas³² da realização da despesa pública.

Também como consequência da baixa visibilidade do processo orçamentário, ocorre uma participação precária da sociedade civil e um distanciamento no controle e fiscalização deste instrumental utilizado pelo poder público. Este afastamento da sociedade do processo orçamentário abre espaço para um envolvimento maior de grupos específicos na composição orçamentária.

²⁹ Ver artigo 71, inciso II da Constituição Federal de 1988.

³⁰ O artigo 1º da lei 4.320/1964 instituiu as normas para elaboração e controle dos orçamentos e balanços públicos. O orçamento não pode aparecer como um subproduto do planejamento e nem da contabilidade, devendo funcionar como uma ferramenta de ligação entre o planejamento público e o controle financeiro (MACHADO JR. & REIS, 1995, p.11).

³¹ O termo dotação orçamentária refere-se a uma autorização legal, concedida pelo poder Legislativo ao poder Executivo, para alocar recursos públicos em projetos previamente especificados em orçamento (FMI, 2001).

³² As despesas públicas que compõem o sistema orçamentário brasileiro estão relacionadas de acordo com a divisão dos seus estágios: (a) dotação orçamentária: nenhuma despesa pode ser atribuída se não houver previsão orçamentária prévia; (b) empenho: corresponde ao destino de uma parte ou totalidade de uma dotação orçamentária para uma despesa específica; (c) liquidação: corresponde ao reconhecimento de uma obrigação de

A formulação da política orçamentária ocorre a partir de uma interação entre os poderes Executivo e Legislativo, definida a partir da Constituição de 1988. Assim, os orçamentos públicos têm sido estruturados a partir de instrumentos formais definidos no texto constitucional, regimentados pelo Plano Plurianual (PPA³³), pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO³⁴) e pela Lei Orçamentária Anual (LOA³⁵). Por sua vez, estes instrumentos são elaborados pelo poder Executivo e depois enviados ao poder Legislativo para apreciação e votação, sendo, posteriormente, devolvidos para sanção presidencial (SANTOS; MACHADO & ROCHA, 1997, p.85).

A prestação de contas do poder público, conforme já dito, fica a cargo dos respectivos controles internos de cada instância, por meio dos mecanismos de *checks and balances*. Contudo, parece que esta atribuição não garante a fidedignidade destas contas públicas, seja pela falta de independência dos agentes que realizam estes trabalhos ou mesmo pela politização destes processos, que pode descaracterizar os propósitos deste controle. Já o controle externo destas contas é de incumbência dos Tribunais de Contas, como visto rapidamente no capítulo anterior.

As diversas instituições que procuramos apresentar no capítulo anterior compõem o arcabouço institucional para a garantia da idoneidade na aplicação dos recursos públicos. Ressaltamos, porém, que estas agências de controle e fiscalização dos recursos públicos se restringem, na maior parte das vezes, à averiguação das despesas realizadas dentro de cada instância de poder. Caracterizam-se basicamente, pela condição de controle interno dos poderes públicos. As atribuições referentes aos processos de auditoria, controle e fiscalização relacionadas com os mecanismos de transferências intergovernamentais, como já argumentado, ficam a cargo dos Tribunais de Contas. Por isso concentramos nossa atenção na compreensão das suas atividades no primeiro capítulo.

No primeiro capítulo chamamos a atenção também para as Comissões de Fiscalização e Controle, que são instrumentos à disposição do Legislativo no cumprimento de suas

dispêndio pelo setor público; e (d) pagamento: corresponde à liberação dos recursos para a liquidação de despesas (GUARDIA, 1999, p.61).

³³ De acordo com o artigo 165, § 1º da Constituição Federal de 1988, o propósito de criação do PPA foi o de viabilizar a prática de planejamento, de forma regionalizada, permitindo a continuidade e a coerência das ações do governo. Por isso, de acordo com Santos; Machado e Rocha (1997), a abrangência do PPA vai do segundo ano de mandato até o final do primeiro ano do mandato subsequente (p.89).

³⁴ A LDO, de acordo com o artigo 165, § 2º da Constituição Federal de 1988, compreende as metas e prioridades da administração pública, incluindo despesas de capital para o exercício financeiro subsequente, servindo de parâmetro para a LOA e incidindo, também, sobre as alterações tributárias e políticas de aplicação das agências de fomento.

atribuições constitucionais de fiscalizar as ações e os gastos referentes à gestão pública, direta ou indireta. Nesta parte da dissertação vamos analisar, de forma sucinta, os mecanismos de atuação de tais comissões.

A Comissão Mista de Orçamento (CMO) exerce o papel de controlar a execução do orçamento, posto que o aporte de recursos aprovados pelo Congresso não segue uma linha de execução inflexível e obrigatória, conforme já ressaltado, uma vez que há margens de manobras relativas aos itens orçamentários aprovados. Contudo, de acordo com Figueiredo (2001), a CMO não efetua a fiscalização orçamentária de forma rotineira.

Um outro aspecto importante que não podemos deixar de mencionar é o fato de a participação parlamentar nesta comissão representar uma arena de negociações e disputas dentro do Congresso Nacional, onde o envolvimento direto na CMO pode significar acessos a mecanismos capazes de influenciar na alocação dos recursos públicos para projetos em localidades de interesse dos parlamentares. Portanto, a composição do orçamento público da União, sob a influência dos parlamentares envolvidos na CMO, pode, segundo Santos; Machado e Rocha (1997), ser encarada como um processo fechado e paroquial, onde a participação da população é inexistente.

De acordo com Mendes (1999), podem ainda ocorrer situações nas quais os representantes públicos do poder Legislativo atuam em sentido oposto ao estabelecido pela Constituição de 1988. Ao invés de exercerem a função de controlar e fiscalizar os atos e gastos do poder Executivo, estas atribuições aparentemente seriam deixadas de lado. No seu lugar, parte destes parlamentares usaria dos poderes legalmente constituídos para expandir os gastos públicos, uma vez que o desempenho destes legisladores estaria diretamente dependente do volume de gastos em projetos e intervenções realizadas nos seus redutos eleitorais.

Estas ações, executadas com o propósito de ampliar os gastos pelos parlamentares com destinação específica, são denominadas pela literatura especializada de projetos “*pork-barrel*”³⁶. Segundo Santos; Machado e Rocha (1997), nestes casos normalmente os valores

³⁵ A LOA, conforme esclarecido por Santos; Machado e Rocha (1997), foi criada com a finalidade de estimar as receitas e prever as despesas de forma detalhada (p.92). Ver também artigo 165, § 5º, incisos I, II e III da Constituição Federal de 1988.

³⁶ De acordo com Santos; Machado e Rocha (1997), um projeto “*pork-barrel*” apresenta como características principais: “(1) os benefícios são direcionados a um eleitorado geograficamente bem definido, pequeno o suficiente para que um parlamentar sozinho seja reconhecido como seu benfeitor; (2) os benefícios são alocados de tal forma a levar o eleitorado a acreditar que o parlamentar teve responsabilidade nisto; (3) os custos advindos do projeto são largamente difusos ou não são percebidos pelo contribuinte” (p.96). Como resultado, o parlamentar que tomou a frente para a realização destes gastos vai ser beneficiado futuramente como o ator que idealizou esta ação. Esta manobra tem uma outra característica que não é percebida pela população: na realidade,

destinados para os projetos são vinculados, ou seja, compõem os recursos orçamentários de cada governo, mas já têm destinação prévia (p.96). Por isso, uma das formas de controle do Executivo sobre o orçamento e, conseqüentemente, sobre as ações predatórias do Legislativo seria a adoção de estratégias de desvinculação de receitas orçamentárias.

No entanto, estas instituições de controle e fiscalização dos gastos públicos parecem não ser suficientes para minimizar os atos de improbidade praticados pelos gestores públicos e para induzir os atores políticos a construírem gestões responsáveis e isentas (MENDES, 1999). Do mesmo modo, a existência de legislações que especifiquem a execução orçamentária não garante que estas atribuições sejam cumpridas na prática pelas instâncias do poder público.

Dentre as comissões de fiscalização e controle das ações do poder público, citadas anteriormente, merece destaque as Comissões Parlamentares de Inquérito (CPI's), pois apresentam maior visibilidade perante a sociedade, seja pelos resultados alcançados ao longo dos últimos anos ou pelo espaço que conseguem ocupar nos meios de comunicação. Por isso, discutiremos com maior ênfase os trabalhos destas comissões.

Com a instauração de uma determinada CPI, os legisladores ganham poderes de investigação. As CPI's são comitês que vão ser compostos por integrantes das Casas Legislativas, em conjunto ou separadamente. A criação de uma determinada CPI ocorre mediante requerimento de 1/3 dos membros das Casas. Apresentam como propósito efetuar investigações de caráter pontual em relação a ações de improbidade administrativa, falta de ética, corrupção, dentre outros. Nestes casos, cabe ao poder Legislativo a execução de atividades próprias das autoridades judiciais, legitimando as decisões por meio de princípios legais previamente estabelecidos, inclusive com a prerrogativa de estabelecer responsabilização retroativa a agentes públicos ou privados envolvidos em atos ilícitos (FIGUEIREDO, 2001).

Guanabara (1999) vai ressaltar que, apesar da relevância das funções e poderes das comissões parlamentares, há limites em sua forma de atuação e competência, principalmente no que diz respeito à duração de cada comissão, mas também em relação ao seu conteúdo. Um outro fator que limita os poderes de atuação das CPI's diz respeito à esfera de governo na qual foram instaladas. Uma CPI não pode ultrapassar suas fronteiras de atuação. Não pode invadir a competência de qualquer outra Casa Legislativa. Assim, a competência de atuação de uma comissão está limitada à sua esfera de constituição: federal, estadual ou municipal.

trata-se de uma despesa realizada com os recursos destes próprios contribuintes (via impostos e contribuições),

Contudo, a aprovação da constituição de uma determinada CPI não significa que esta será concluída ou mesmo inicializada. Isto decorre do fato de, em alguns casos, a nomeação dos parlamentares que irão compor esta CPI sofrer sucessivas postergações, podendo, também, ser afetadas em seu desenvolvimento por políticos contrários à sua execução. Uma outra situação que demonstra claramente o caráter político de uma CPI é o fato de que a constituição de uma determinada comissão pode servir apenas como uma condição de barganhas e pressões políticas entre os atores do processo legislativo. Ou seja, a instauração de uma determinada CPI pode ocorrer com o propósito de pressionar ou constranger determinado grupo, seja legislativo, privado ou até mesmo o próprio poder Executivo. Assim, quase sempre a constituição de uma CPI é marcada por conflitos, acordos e manobras políticas envolvendo parlamentares, partidos políticos e grupos de interesse (FIGUEIREDO, 2001).

Por outro lado, a mesma autora vai chamar a atenção para o fato de que, em um cenário marcado pela concentração de poder institucional nos espaços executivos, a condição de sucesso dos instrumentos de controle e fiscalização disponíveis ao poder Legislativo ou ao Judiciário está, portanto, comprometida *a priori*. Neste sentido, o sucesso quanto aos resultados dos processos de controle e fiscalização realizados torna-se amplamente dependente dos agentes externos, representados principalmente pelas alternativas de mobilização da opinião pública, seja pela mídia ou mesmo por grupos organizados, organizações não-governamentais (ONG's), sindicatos e partidos políticos, dentre outros.

Acontece que grande parte dos episódios de improbidade administrativa, má gestão pública, omissão, corrupção e muitos outros, quando chegam ao conhecimento da sociedade, na maioria das vezes através de denúncias veiculadas pela mídia, representam fatos já consumados, nos quais os recursos públicos já foram desviados para outras finalidades. As medidas adotadas pelas instituições oficiais de controle e fiscalização dos atos e gastos públicos ocorrem, quase sempre, assim, depois de já ter ocorrido o desvio dos recursos públicos. Mas mesmo quando se consegue chegar a uma solução para o caso, como regra geral não ocorre a restituição dos valores desviados aos cofres públicos. Por isso torna-se possível dizer que o arcabouço institucional de controle e fiscalização das contas públicas no país age, quando muito, com o propósito de reparar os danos já sofridos e não no sentido da prevenção.

Como discutido, o modelo de descentralização fiscal adotado pela Constituição de 1988 parece ter implicado o esvaziamento das funções exercidas pelas esferas mais centrais de governo. Com efeito, em função do elevado grau de heterogeneidade entre as diversas localidades, quanto à capacidade de arrecadar recursos tributários próprios, bem como quanto à atuação das burocracias locais frente aos repasses e alocação dos recursos públicos, o nível central de governo perde a sua importância no processo de condução, coordenação e, sobretudo, fiscalização e controle das políticas de descentralização. Deste modo, o que se tem visto na prática é uma enorme distância entre as definições legais de atuação desta esfera de governo e suas ações práticas, conforme argumentado durante grande parte deste capítulo.

Embora haja definições formais que regulam e disciplinam o complexo sistema político brasileiro no que diz respeito às suas finalidades de controle e fiscalização, tal condição não garante, por si só, que sejam cumpridos os princípios mínimos de comprometimento com a transparência e a responsabilização pelas ações ou omissões dos atores constituídos para exercerem a gestão administrativa e financeira dos recursos públicos. Ao contrário, parece que a autonomia concedida para o exercício desta atribuição passa a ser usada muitas vezes em benefício próprio ou de grupos específicos.

Ao discutir os efeitos do novo modelo federativo brasileiro, enfatizando as análises sobre a descentralização fiscal, tivemos como propósito entender um pouco melhor as ações adotadas pelo poder público quanto ao controle, fiscalização e responsabilização por seus atos e gastos. Uma vez tendo compreendido minimamente estes processos, passamos a ter melhor definidos os objetivos do próximo capítulo, no qual buscaremos analisar o processo de descentralização na saúde, chamando atenção para a discussão acerca dos mecanismos de financiamento do sistema de saúde pública no Brasil. Após analisarmos como ocorrem as transferências intergovernamentais para as subunidades de governo, convergiremos para os objetivos principais do terceiro capítulo, discutindo especificamente os repasses efetuados para o SUS em cada subunidade de governo.

CAPÍTULO III

III. O FINANCIAMENTO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL

Este capítulo tem como tema central a discussão do processo de constituição e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, balizado pelos preceitos estabelecidos na Constituição de 1988, enfatizando o impacto do processo de descentralização de recursos e funções, além das divisões de responsabilidades relativas à gestão e controle dos gastos pelos governos locais. O capítulo discorre, também, sobre os ganhos e constrangimentos para as localidades com a adoção do SUS, destacando os mecanismos de financiamento do sistema público de saúde.

A análise apresenta como questão central a insuficiência dos mecanismos institucionais de controle e fiscalização das transferências e alocações dos recursos públicos destinados, pelo sistema de saúde, às unidades descentralizadas de governo. Traz como contribuição para o entendimento do problema a questão da complexidade referente à gestão intergovernamental entre as três esferas de governo, sustentada pelos interesses pouco convergentes dos inúmeros atores, públicos e privados, que compõem o sistema de saúde no Brasil. No que se refere à rede operacional do sistema de saúde, devido à sua complexidade institucional, as modalidades de predação de rendas passam a se tornar cada vez mais evidentes devido à presença constante de estruturas *lobistas*, que dificultam a adoção de processos de controle e fiscalização e abrem espaço para as ações de corrupção.

Na primeira seção deste capítulo, ofereceremos inicialmente informações introdutórias sobre a nova formatação do sistema público de saúde no Brasil, para depois discutirmos o impacto do modelo de gestão do sistema de saúde. Na segunda seção procuraremos desenvolver uma análise sobre os mecanismos de financiamento e repasse de recursos públicos do SUS para as subunidades de governo. Nesta seção buscaremos relacionar os critérios formais relativos aos mecanismos de controle e fiscalização dos recursos públicos existentes para o sistema de saúde, com os procedimentos usuais para a alocação destes valores, relatados pela literatura. Por último, na terceira seção destacamos a dualidade e a perversidade das relações existentes entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil,

chamando a atenção para as formas de financiamento público do setor privado de saúde no país. Ao final, buscaremos alinhar os argumentos e as evidências apresentados neste capítulo com os objetivos do Capítulo IV, onde avaliaremos o funcionamento das instâncias de controle e fiscalização dos gastos públicos em saúde no país a partir de uma análise dos resultados alcançados nos processos de auditoria, interna e externa, realizadas no sistema público de saúde dos governos subnacionais.

III.1. O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO PERÍODO PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir da Constituição de 1988, tendo como preceitos de funcionamento uma rede de atendimento e gerenciamento regionalizada e organizada hierarquicamente, apresentando como princípios referenciais: a universalização da cobertura e do atendimento, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; a equidade na forma de participação do custeio entre as esferas de governo; a descentralização dos serviços de saúde para as unidades subnacionais de governo; a diversidade da base de financiamento, de modo a não recair sobre uma única fonte todo o ônus financeiro, contando, inclusive, com a participação dos entes federados na composição deste financiamento; e uma participação efetiva da comunidade na condução das políticas, na implementação e controle do sistema de saúde¹.

Apesar do SUS ter sido estabelecido com a Constituição de 1988, o início da sua operacionalização ocorreu, de fato, no começo da década de 90, quando houve a regulamentação do sistema, através da denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas leis 8.080/1990² e 8.142/1990³ (MÉDICI, 1994).

De acordo com a Constituição de 1988, a responsabilidade pela implementação dos princípios estabelecidos pelo SUS é distribuída de forma conjunta entre as três esferas de governo. Neste sentido, as articulações entre os entes federados passam a se processar por

¹ Ver artigo 198, incisos I a III da Constituição Federal de 1988.

² A lei nº 8.080/1990 surgiu para regulamentar sobretudo os princípios constitucionais de universalidade e gratuidade, dispondo, também, sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços a serem prestados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público e privado, esta última na forma contratada ou conveniada. Esta lei define também os papéis institucionais de cada ente federado no plano de gestão, a estrutura do financiamento e as regras para as transferências de recursos públicos entre os níveis de governo. Determina também que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social (OSS), passam a ser administrados pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS). Contudo, a lei limitou a autonomia de estados e municípios, ao atribuir privativamente à direção nacional do SUS a prerrogativa de estabelecer valores e critérios para a remuneração de serviços e a definição dos parâmetros de cobertura assistencial, permitindo a permanência da política de transferências negociadas, como será discutido adiante.

³ A lei nº 8.142/1990 prevê a participação da sociedade na gestão do SUS, criando as instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e dos Conselhos de Saúde. Regulamenta as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, estabelecendo também que parte dos recursos do FNS seja alocada como cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e distrito federal.

meio das Comissões Intergestoras Bipartites (CIB⁴) e das Comissões Intergestoras Tripartites (CIT⁵) (SOMARRIBA, 1998). No entanto, as atribuições comuns às três esferas de governo, assim como as responsabilidades individualizadas, previstas na LOS, aparentemente apresentam imprecisões no que diz respeito à responsabilidade, flexibilidade e autonomia de cada subunidade de governo para a formulação e organização dos serviços de saúde próprios. Estas imprecisões parecem ser derivadas das atribuições pouco claras dadas aos entes federados pela Constituição de 1988⁶ (MÉDICI, 1994).

Apesar das iniciativas para a implantação de um sistema público de saúde nos moldes estabelecidos pela Constituição de 1988, ainda persistem deformações graves em todo o processo, sendo exemplos: a má utilização dos recursos públicos destinados à saúde, em todas as esferas de governo e níveis de prestação de serviços; centralização das funções governamentais, as quais muitas vezes são desordenadas e pouco comprometidas e/ou marcadas por mecanismos clientelistas; um modelo de atenção centrado na medicina curativa e hospitalocêntrica, em detrimento de ações de prevenção e provisão da saúde; oferta dos serviços de saúde deficitária, tanto quantitativa quanto qualitativamente; controles precários dos repasses e da distribuição interna dos recursos públicos aos prestadores de serviços, dentre outras deformações que estariam contribuindo para a baixa credibilidade operacional do sistema público de saúde do país (MS, 1993).

Segundo Médici (1995), o argumento para justificar a universalização no acesso aos serviços de saúde foi construído no período de implantação do INAMPS, na década de 70, e tomou como referência o “elevado grau de monopólio” existente entre a maioria das empresas no Brasil. Como uma parcela significativa dos bens de consumo disponíveis para a toda a sociedade seriam produzidos por estas empresas, ao terem uma elevação no custo das contribuições sociais sobre a folha de salários dos seus empregados, que representam o principal instrumento fiscal para o financiamento do sistema de saúde, repassariam este custo adicional para os preços dos produtos finais. Esta situação, segundo este autor, faria com que toda a sociedade (e não apenas os trabalhadores formais) financiasse as ações do sistema de saúde (p.38).

⁴ A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) tem constituição paritária entre representantes da secretaria estadual de saúde e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde. Representa as relações no âmbito de cada estado, distrito federal e município federado, sendo também uma instância de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS (MS, 2000b).

⁵ A Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é constituída paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), da entidade de representação do conjunto dos secretários estaduais e municipais de saúde. Representa a organização das relações intergovernamentais no âmbito nacional e tem por finalidade assistir o MS na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS.

Na prática, como se sabe, a universalização formal dos serviços de saúde implicou, porém, a exclusão de alguns segmentos da sociedade. Isto ocorreu, segundo Faveret e Oliveira (1990), com os trabalhadores com renda estável, por exemplo, uma vez que, para conter um eventual excesso de demanda pelos serviços públicos de saúde, estes usuários foram “empurrados” para o sistema privado de atendimento à saúde. Esta forma de alijamento destes trabalhadores pode ser explicada, também, pela oferta de serviços públicos de saúde de baixa qualidade. Com isto, ocorreu a restrição do sistema público ao atendimento das camadas menos favorecidas. Desta forma, configurou-se um processo de “universalização excludente”, em que a expansão do sistema foi acompanhada por “mecanismos de racionamento”, ocasionando uma queda na eficiência e eficácia na prestação dos serviços de saúde (p.258).

Estas características estruturais dos serviços de saúde no Brasil reforçam o seu caráter de dualidade, com institucionalidades distintas, sendo uma direcionada às camadas sociais com maior acesso à renda e, conseqüentemente, aos serviços privados e a outra destinada aos dependentes dos serviços públicos, quais sejam, os estratos de baixa renda e os excluídos do mercado de trabalho (MARQUES, 1999). Assim, mesmo com os propósitos de universalização do atendimento à saúde demarcados pela legislação, os mecanismos para a criação de um sistema único redundaram na criação de um sistema dual, caracterizado pela segmentação das clientela (FLEURY, 1997). O impacto desta dualidade no sistema de saúde no Brasil será analisado na última seção deste capítulo.

Arretche (1996) assinala que, além da universalização meramente formal, uma outra conseqüência marcante do processo de implantação do SUS foi a adoção de formas descentralizadas de prestação de serviços e da sua gerência. Essas medidas foram avalizadas por uma concepção de que tais mecanismos contribuiriam para fortalecer o processo democrático, proporcionando maior eficiência, viabilizando a concretização de ideais de equidade e justiça social, aumentando o controle do Estado sobre as políticas públicas e, conseqüentemente, minimizando as políticas clientelistas.

Através do processo de descentralização, a responsabilidade pela execução dos serviços de saúde seria direcionada aos municípios e aos estados, cabendo à União as atividades de planejamento, financiamento, acompanhamento, fiscalização e controle. A participação da sociedade seria “garantida através do assento nos Conselhos de Saúde organizados em todas as esferas de governo⁷”.

⁶ Ver artigo 23, inciso II da Constituição Federal de 1988.

⁷ Ver artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Nesta mesma linha, Somarriba (1998) chama a atenção para o avanço do processo de descentralização dos serviços de saúde pública, atingindo a grande maioria dos municípios brasileiros. Tal processo, segundo a autora, apresentou como um de seus ganhos a possibilidade de alcançar uma gestão mais efetiva dos recursos repassados para as subunidades de governo, uma vez que tais recursos poderiam ser aplicados em prioridades estabelecidas por cada localidade e, conseqüentemente, proporcionar resultados positivos no que se refere ao planejamento das ações de saúde.

A partir daí, [em tese] seriam viabilizadas maior transparência e *accountability* nas ações e nas contas do sistema público de saúde, pois estaria aberto o espaço para a participação popular, objetivando o controle das ações e serviços de saúde. Isso se deu a partir da abertura do espaço para a participação popular através dos Conselhos de Saúde em cada subunidade de governo. Voltaremos a discutir este tema no próximo capítulo, onde analisaremos os mecanismos utilizados por estes conselhos no controle e fiscalização dos recursos públicos transferidos para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

Adicionalmente, a descentralização política e administrativa daria formato a novos espaços de poder, garantindo legitimidade e competência às subunidades de governo. Esta nova formatação possibilitaria a consolidação do SUS em um ambiente de ampla heterogeneidade entre as diversas localidades, definindo, portanto, a participação e a competência destes novos atores e das novas burocracias do sistema (JUNQUEIRA, 1997).

Como seria de se esperar, a implantação do SUS não ocorreu de forma uniforme em todo o território nacional, uma vez que o processo de descentralização do sistema de saúde se depara com realidades díspares do ponto de vista econômico, social, político e organizacional (MENICUCCI, 2000).

Gerschman (2000), nesta mesma linha, assinala que o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil enfrentou (e ainda enfrenta) situações de extrema heterogeneidade entre os diversos municípios. No entanto, com o propósito de minimizar as distorções esperadas, o processo de descentralização dos serviços de saúde foi pautado por uma nova estrutura de gestão pública de saúde, impulsionada e regulamentada através das Normas Operacionais Básicas (NOB's), nas suas três edições: 1991, 1993 e 1996.

O processo de regulamentação do SUS foi aprimorado pelas NOB's, que foram estruturadas com o propósito de balizar as relações entre os gestores do sistema de saúde e entre as esferas de governo, passando a definir as condições necessárias para a habilitação de cada municipalidade às distintas formas de gestão dos serviços públicos de saúde.

A NOB-91 teve como finalidade disciplinar e padronizar os fluxos financeiros entre as esferas de governo. Para tanto, universalizou nas relações intergovernamentais o pagamento por produção de serviços em substituição ao pagamento por orçamento, efetuado através de convênios estabelecidos entre o SUS e a unidade prestadora de serviços. Deste modo, as unidades vinculadas ao SUS passariam a ser financiadas de acordo com a produção individualizada.

Esta medida editada pelo Ministério da Saúde foi o primeiro ato normativo com amplitude nacional adotado pelo SUS, mas representou um retrocesso ao proporcionar uma (re)centralização do sistema de saúde, mantendo a gestão do SUS centralizada no Instituto Nacional de Atendimento Médico da Previdência Social (INAMPS). Face a esta estrutura (re)centralizada do sistema para o plano federal, os estados e os municípios perderam a condição de co-gestores do sistema público de saúde, ficando submetidos às tabelas de remuneração de serviços estabelecidas pela esfera central. A partir daí, ocorreu uma fragmentação das atuações municipais, impulsionando uma diversidade de experiências próprias, uma vez que foram estabelecidos convênios diretamente entre o próprio Ministério da Saúde e os municípios, implicando, desta forma, o alijamento dos estados no processo regulatório das políticas de saúde (GERSCHMAN, 2000).

Em função do pagamento por produção de serviços estipulado pela NOB-91 ocorreu, também, um aumento excessivo da produção médico-assistencial, pois o prestador de serviços de saúde passou a receber por quantidade produzida, o que, por sua vez, estimulou um aumento da produção. Em função desta condição de pagamento por produção ocorreram abusos por parte dos prestadores de serviços no que se refere a procedimentos desnecessários, adulterações no faturamento, dentre outros.

A NOB-93 instituiu níveis progressivos de gestão local do SUS, regulamentando a habilitação da gestão da saúde pelos municípios. Esta NOB estabeleceu uma descentralização progressiva e gradual, estabelecendo critérios para os diversos níveis de preparação dos municípios para responderem pela gestão do SUS local. A partir daí, abriram-se espaços para que os municípios habilitados se tornassem gestores do SUS, limitados às áreas de atuação de cada localidade. Nesta NOB foram previstas formas de gestão do SUS tanto para os estados quanto para os municípios. Para os estados foram previstas: a gestão parcial e a gestão

semiplena⁸. E para os municípios foram previstas: a gestão incipiente, a gestão parcial e a gestão semiplena⁹ (LUCCHESE, 1996).

Foram criadas também as Comissões Intergestora Tripartite e Bipartite, conforme visto anteriormente. A partir daí, adotaram-se os repasses automáticas entre as esferas de governo, ressaltando o processo de municipalização das receitas, através das transferências diretas de recursos financeiros fundo a fundo¹⁰. Vale ressaltar que os fundos especiais representam uma modalidade de gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis¹¹.

Para se habilitarem a qualquer uma destas formas de gestão, é necessário que os municípios, dentre outras coisas, constituam Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Esta condição, segundo Gerschman (2000), parece ter ampliado o acesso da população às discussões sobre os problemas de saúde de cada localidade. Contudo, o que se viu na prática, em algumas localidades, foi a criação de Conselhos de Saúde apenas como uma forma de garantir o recebimento dos repasses de recursos públicos via transferências intergovernamentais, sem que na realidade houvesse a abertura deste canal de participação para a sociedade.

⁸ Nos estados, a **gestão parcial** corresponde à coordenação da rede de referência das ações de saúde, envolvendo o cadastramento e distribuição das cotas ambulatoriais e o controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados. Os recebimentos ocorrem, principalmente, a partir de recursos de custeio e da celebração de convênios que, historicamente, são feitos sem critérios transparentes, favorecendo a adoção de práticas casuísticas e clientelísticas. Este critérios de recebimento, por suposto, mantém uma situação de dependência dos entes federados em relação ao governo federal, pois são estabelecidos através de convênios efetuados diretamente com o MS (LUCCHESE, 1996).

Já na **gestão semiplena** cabe a responsabilidade sobre a coordenação referente à prestação de serviços no estado, cujos principais são: planejamento das ações de saúde, cadastramento dos usuários e prestadores de serviços, controle e pagamento dos prestadores de serviços públicos ou privados, além das atribuições referentes à gestão parcial, descritas acima. Neste caso, ocorre um recebimento do volume total dos recursos correspondentes ao teto financeiro global de cada estado.

⁹ Na **gestão incipiente** as secretarias municipais de saúde passam a ser responsáveis pela autorização do credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviços, assim como pelo controle e avaliação dos serviços ambulatoriais e hospitalares públicos, privados ou filantrópicos contratados no município (MS, 1993).

Na **gestão parcial** as subunidades de governo, além das atribuições gerenciais definidas na gestão incipiente, recebem adicionalmente os recursos financeiros referentes à diferença entre o que foi efetivamente gasto com o custeio dos prestadores públicos e privados e o teto financeiro fixado pelo Ministério da Saúde.

Já na **gestão semiplena** a secretaria municipal de saúde passa a assumir a responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços no âmbito do SUS, do ponto de vista da capacidade gerencial e do (re)ordenamento do modelo assistencial, sendo que o município passa a se responsabilizar pelo pagamento dos prestadores de serviços sob a sua gestão, por meio de recebimentos mensais de recursos financeiros do FNS, referentes ao teto financeiro global estabelecido pelas suas atividades e ao gasto efetivo do município.

¹⁰ O repasse financeiro fundo a fundo ocorre de maneira regular e automática para municípios habilitados. Ou seja, os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são repassados diretamente aos Fundos Municipais de Saúde (FMS). O repasse é efetuado através do Banco do Brasil, na mesma agência onde o município recebe os recursos do Fundo de Participação Municipal (FPM). O Banco do Brasil é a única instituição financeira que efetiva os repasses dos recursos oriundos do Ministério da Saúde (MS, 2001).

¹¹ Os fundos especiais vão estar previstos na lei 4.320/1964, nos artigos 71 a 74, que corresponde a lei da contabilidade pública.

O processo de adesão municipal aos princípios de descentralização dos serviços de saúde, via habilitação em qualquer um dos formatos de gestão do SUS, redundando em custos políticos e financeiros às municipalidades, pois, ao aderirem ao programa, os governos locais têm que arcar com a responsabilidade de ofertarem serviços de saúde de forma pública e universal a todos os usuários. Isto ocorre em um cenário, conforme explicitado por Arretche (2000), de “elevada incerteza quanto ao fato de que o governo federal venha efetivamente a cumprir com a sua função de financiamento do sistema” (p.56).

Adicionalmente, para que haja um atendimento adequado aos usuários do sistema de saúde pública, espera-se que estas subunidades descentralizadas e relativamente autônomas disponham e mantenham unidades de atendimento à saúde com alta tecnologia e com pessoal adequadamente preparado para suprir as demandas pelos serviços de saúde, de modo a cumprir com as responsabilidades previstas em cada tipo de gestão proposto pelo SUS. Mas na prática, como se sabe, a maioria dos municípios está longe de cumprir com esta expectativa, tendo em vista os entraves de ordem financeira e também a dificuldade de recrutar profissionais qualificados para estas atividades.

Junqueira (1997) chama atenção para o fato de a descentralização do sistema de saúde parecer ter proporcionado um novo formato quanto às competências e responsabilidades dos governos locais. Este mesmo autor vai considerar que o cumprimento destas novas competências e responsabilidades não ocorre automaticamente após a sua regulamentação, pois para assumir tais funções são exigidos organização e preparo técnico e político das gestões descentralizadas. Claro está que, devido à grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, estas condições nem sempre estão presentes em todos os entes federados, de modo que muitas destas localidades não podem assumir e exercer estes novos compromissos (p.197). Ou seja, o cumprimento destas novas atribuições é obstaculizado pela existência de secretarias de saúde despreparadas técnica e administrativamente, com mecanismos de controle social insuficientes ou mesmo inexistentes, além das resistências dos próprios gestores do sistema em cumprir as determinações legais.

A NOB-96, por sua vez, trouxe um ganho tanto em quantidade quanto em agilidade nos mecanismos de repasse dos recursos fundo a fundo, provenientes do SUS, para as unidades subnacionais de governo, consolidando o poder público municipal principalmente a partir da descentralização da atenção básica da saúde e do rompimento com a lógica assistencial por meio do produtivismo, na qual eram privilegiados os prestadores de serviços que produziam em maior quantidade, por meio do pagamento por produção, conforme visto anteriormente. A partir da NOB-96 foram incentivadas implantações de programas dirigidos

às populações mais carentes, como o Programa de Saúde da Família (PSF), dentre outros (GERSCHMAN, 2000).

Dessa forma, objetivou-se atribuir ao poder público municipal maior responsabilidade com as ações do SUS. Assim, a municipalidade se responsabiliza e também pode ser responsabilizada, ainda que não isoladamente. Isto é, os poderes públicos federal e estadual são sempre co-responsáveis pelos serviços de saúde pública.

Por outro lado, esta NOB foi criada em meio a uma conjuntura econômica desfavorável, marcada pelo aprofundamento da crise do SUS. Neste contexto, a NOB-96 enfrentou um período de retração dos recursos financeiros para a descentralização do setor público de saúde.

Foram estabelecidos quatro novos modelos de gestão plena: para os estados (a gestão avançada do sistema estadual e a gestão plena do sistema estadual¹²) e para os municípios (a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal¹³). A adoção deste novo formato teve como propósito tornar mais equânime as condições de atendimento à saúde entre os estados e municípios, assim como normatizar as relações intergovernamentais.

Apesar dos esforços do governo federal para colocar em prática a normatização do sistema público de saúde, as dificuldades persistem, podendo ser notadas principalmente no que se refere ao aperfeiçoamento do processo de gestão, controle e avaliação dos recursos destinados às subunidades de governo e aplicados pelos Fundos de Saúde.

Neste sentido, apesar da edição das NOB's, o processo de descentralização das políticas de saúde parece não ter implicado uma definição clara e inequívoca das atribuições referentes a cada nível de governo. Isto, por seu turno, ocasiona uma inserção indefinida das esferas estaduais e municipais no processo de implantação do SUS. Deste modo, evidencia-se

¹² Cabe à **gestão avançada do sistema estadual**, dentre outras atribuições, a elaboração e execução do plano estadual de investimentos em saúde, a coordenação das políticas de alto custo e complexidade, bem como a contratação, controle e auditoria dos serviços sob gestão estadual.

A **gestão plena do sistema estadual** se encarrega das atribuições previstas na gestão avançada do sistema estadual, acrescida da normatização complementar relativa ao pagamento de prestadores de serviços sob sua gestão, inclusive alteração de tabela (adotando-se a nacional como mínima – ou seja, cabe a cada estado estipular o valor dos serviços prestados, tendo como referência o valor mínimo estipulado pela tabela nacional).

¹³ No caso da **gestão plena da atenção básica**, as municipalidades tornam-se responsáveis pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica, assim como se subordinam à gestão municipal todas as unidades básicas de saúde e o controle e avaliação da assistência básica. Neste caso, são transferidos fundo a fundo os recursos correspondentes à atenção básica.

Já à **gestão plena do sistema municipal** compete a transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao teto financeiro da assistência, o pagamento dos prestadores de serviços assistenciais no âmbito do município, inclusive a alteração de valores de procedimentos, tendo a tabela nacional como referência mínima, além da subordinação, à gestão municipal, do conjunto de todas as unidades ambulatoriais especializadas e hospitalares, estatais ou privadas (lucrativas e filantrópicas), estabelecidas no território municipal, bem como o controle, avaliação e auditoria dos serviços no município.

um processo de descentralização com características de desconcentração, no qual a prestação dos serviços de saúde é atribuída ao município, sem com isso ser concedida autonomia para que seja definida a implementação de uma política de saúde de âmbito local, continuando o município sob a tutela dos repasses de recursos do governo federal (COHN, 1998).

Assim, a participação excessiva do governo central conforma um processo de “descentralização tutelada”, uma vez que a União se encarrega da definição e destinação dos recursos públicos (SOMARRIBA, 1998, p.18). Porém, conforme ressaltamos anteriormente, parece persistir a precariedade dos mecanismos de controle e fiscalização dos recursos repassados para as subunidades de governo para o custeio dos serviços de saúde.

Mais recentemente, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC-29), visando propiciar uma maior estabilidade ao financiamento setorial. A EC-29 determina a vinculação dos recursos provenientes da União, dos estados e municípios à área da saúde. Para tanto, a EC-29 estabelece critérios de continuidade na aplicação dos recursos para a saúde, provenientes de cada ente federado (MS, 2000c).

No caso da União, a aplicação dos recursos ficou determinada da seguinte forma: (a) para o ano 2000, o montante refere-se ao valor destinado às ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de 5%; (b) do ano 2001 até 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

A Tabela IV mostra a evolução anual, em termos percentuais, na aplicação dos recursos provenientes dos estados, do distrito federal e dos municípios. Neste sentido, os estados, o distrito federal e os municípios que, para o ano de 2000, estavam aplicando percentuais inferiores aos fixados, deverão elevá-los gradualmente até o exercício financeiro de 2004, sendo mantido o percentual de aplicação a partir deste ano.

A partir da EC-29, o processo de prestação de contas dos valores aplicados na saúde, junto aos Legislativos, como aos conselhos, em cada subunidade de governo, parece ter sido facilitado, visto que trata-se da constatação dos percentuais aplicados, definidos nesta emenda. Do mesmo modo, os Tribunais de Contas estarão encarregados do controle da aplicação destes percentuais. A conferência e a análise desses valores deve se dar a partir dos respectivos Planos de Saúde e a execução deve ser demonstrada nos respectivos Relatórios de Gestão.

Tabela IV

PERCENTUAIS A SEREM APLICADOS PELOS ENTES FEDERADOS NA SAÚDE DE ACORDO COM A EC-29/2000 (EM % DA ARRECADAÇÃO)		
Ano	Estados	Municípios
2000	7,00	7,00
2001	8,00	8,60
2002	9,00	10,20
2003	10,00	11,80
2004	12,00	15,00

Fonte: Ministério da Saúde (2000c).

Na seqüência do processo de estruturação do SUS foi promulgada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS/01), para o ano de 2001. Na sua formatação legal, a NOAS estabelece o processo de regionalização como uma estratégia de hierarquização dos serviços de saúde na busca de uma maior equidade, a partir de uma identificação de prioridades em cada localidade coberta pelo sistema público de saúde. A NOAS institui o Plano Diretor de Regionalização como um instrumento formatado a partir dos objetivos definidos *a priori* pela gestão local do SUS, de modo a garantir o cumprimento das prioridades na intervenção.

Mendes (1992) vai assinalar que as incertezas, incluindo as irregularidades quanto aos repasses de recursos provenientes do governo federal, a instabilidade do pacto convenial, a falta de articulação entre as unidades federal, estaduais e municipais e a participação de grupos de interesse pautam o processo de descentralização dos serviços de saúde no Brasil, problemas esses que parecem indicar a transferência de problemas da União e dos estados para as municipalidades (p.14).

Este novo desenho do sistema público de saúde fez com que, por meio da descentralização da prestação de serviços de saúde, as subunidades de governo passassem a assumir responsabilidades que parecem estar além das suas capacidades econômicas e de gerenciamento (GARSON & ARAÚJO, 2001). Diferentemente do que ocorreu em outras áreas, na saúde o processo de descentralização teve um avanço maior. Todavia, este avanço no processo de descentralização das políticas de saúde não significa a garantia de uma maior eficiência na provisão de serviços.

Os entraves ao processo de descentralização no âmbito municipal ocorrem, em alguns casos, em função da adoção de limites nos próprios orçamentos municipais, que às vezes estabelecem reduções para os gastos com os serviços de saúde.

As divergências vão desde os impasses relativos à contrapartida dos recursos aplicados pelos governos locais para complementar as transferências provenientes do governo central, assim como em relação aos interesses políticos e econômicos variados de cada localidade. Estas divergências de interesses parecem interferir na condução dos objetivos estabelecidos pelo sistema, contribuindo para fragilizar os pactos cooperativos entre as esferas de governo (VIANA, 1996).

Somarriva (1998) vai considerar que a adoção de uma determinada política pública pode desencadear interesses conflitantes entre os diversos atores envolvidos. Esta afirmativa tem um peso específico para o caso das políticas de saúde pública, a partir do momento em que o processo de descentralização passa a ser orientado localmente, tendo presente o fato de que a implementação destas políticas produz, cada vez mais, um conjunto de clientelas e provedores dependentes destes mecanismos. Isto, por seu turno, pode beneficiar diretamente a sustentação do poder das oligarquias locais, visto que, ao criar ou manter estas clientelas dependentes, não se alteraria o *status quo* vigente. Estas oligarquias, por sua vez, agiriam com o propósito de dificultar a adoção de mecanismos de auditoria, controle e fiscalização, seja por parte da sociedade civil ou até mesmo por agências independentes de *accountability*.

Nas palavras de Fleury:

“A ação da burocracia se orienta mais por uma lógica política do que por uma racionalidade administrativa, o que diminui a eficácia da gestão pública, por um lado, e impede, por outro, a generalização das práticas político-administrativas, tornando inviável a dimensão republicana de ‘*accountability*’. Em outros termos, a apropriação privada da coisa pública é a expressão da não-diferenciação público/privado, o que leva a que toda ação estatal termine por ser uma particularidade em função de suas clientelas, em busca de apoio político a um Estado em crise permanente” (1997, p.142).

Para o entendimento do processo de consolidação do SUS, em um cenário onde grande parte das mazelas, como a prevalência de comportamentos de *rent seeking* entre os atores do sistema, foram herdadas do modelo antigo de assistência à saúde, torna-se importante recordarmos os mecanismos que levaram à extinção do INAMPS, em 1993, e à conseqüente transferência das suas atividades operacionais para o Ministério da Saúde. Nesta passagem teria ocorrido um processo de inversão de prioridades, pois a partir do momento em que o princípio da universalização do acesso aos serviços de saúde pública, proposto pelo SUS, passou a vigorar e, conseqüentemente, a necessitar de maior aporte financeiro, o Ministério da Previdência deixou de repassar qualquer outro tipo de recurso para o financiamento do SUS. Ou seja, a assistência médica no país passou por um processo de ampliação no número de beneficiários, pela incorporação de novos segmentos populacionais, tendo sido mantida,

porém, a mesma rede operacional e os mesmos mecanismos de financiamento do sistema de saúde pública (SILVA, 1997).

A questão da debilidade orçamentária do sistema público de saúde, em função, principalmente, da indefinição quanto ao processo de divisão de recursos provenientes do Orçamento da Seguridade Social (OSS), dificultou a implantação do SUS, via descentralização de recursos, funções e responsabilidades para as subunidades de governo. Autores como Silva (1997) consideram que tal fato teria ocorrido, sobretudo, em função de uma centralização de funções e recursos no antigo INAMPS. Este órgão, por sua vez, pertencia ao Ministério da Previdência, sendo responsável pelo consumo de grande parte do orçamento daquela pasta. Já a partir da constituição do SUS, a tônica do sistema volta-se, dentre outros aspectos, para a descentralização das ações de saúde. Neste cenário, o INAMPS, ainda em funcionamento, passa a atuar como um órgão intermediário, sendo responsável pela centralização dos repasses financeiros, mantendo atuante um sistema “contaminado de vícios paternalistas e clientelistas” (p.195).

A extinção do INAMPS ocorreu após a divulgação dos resultados da CPI sobre os gastos na saúde (CPI do INAMPS¹⁴), que investigou diversas agências do INAMPS em todo o Brasil e constatou desvios de recursos do SUS no âmbito da rede conveniada de assistência hospitalar. Parece, no entanto, que grande parte destes desvios estavam relacionadas aos mecanismos de repasse dos recursos do orçamento da saúde para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Vale ressaltar que estes mecanismos de repasse não são fiscalizados pelo Ministério da Saúde, sob a justificativa de não poder intervir em outros níveis governamentais. Neste ponto, cabe lembrar uma debilidade do sistema de controle e fiscalização brasileiro, já mencionada anteriormente: o fato de a fiscalização ser feita, de acordo com a legislação, pela esfera responsável pela origem do recurso. Então, quando o recurso é de origem federal, cabe a esta esfera o seu controle e fiscalização, o mesmo se dando quando os recursos são originários dos estados ou municípios.

Dentre os desvios no processo de repasse dos recursos para os sistemas descentralizados de saúde evidenciados nos trabalhos de auditoria da CPI do INAMPS, consideramos importante destacar as irregularidades ocorridas nos processos de distribuição clientelista das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's) por parte dos secretários estaduais de saúde, que são os responsáveis diretos pela distribuição destas autorizações junto aos municípios e prestadores de serviços hospitalares. Tais irregularidades envolviam

situações de internações desnecessárias, ausência de prontuários de internação ou prontuários incorretos, cobrança de procedimentos não realizados, dentre outras. Ademais, as auditorias constataram, também, que as transferências de recursos do SUS para as secretarias de saúde, estaduais e municipais, com destinação específica para custear as despesas com as AIH's, foram utilizadas para pagamentos indevidos, não previstos nos convênios com o Ministério da Saúde. Constatou-se também o uso eleitoral desta verba para financiar campanhas políticas de deputados estaduais e federais. Estes parlamentares, na sua grande maioria, são donos de hospitais, clínicas, convênios médicos, ex-secretários de saúde, dentre outros, que formavam grupos de interesse de grande força no poder Legislativo: a denominada “*bancada das AIH's*”. A existência destes políticos ligados aos segmentos da saúde (público e privado) parece não ser uma característica exclusiva do período pré-SUS, tendo espaço mesmo após a instauração do Sistema Único de Saúde (SILVA, 1997, pp.157-158; 208-209).

Esta rápida recapitulação de alguns aspectos importantes do processo de constituição das políticas de saúde pública no período pós-Constituição de 1988, cujo epicentro é o SUS, ajuda a revelar os ganhos normativos, que são inequívocos, e os entraves proporcionados pela complexidade estrutural do novo modelo descentralizado de atenção à saúde. Ela serve também de ponto de partida para uma análise mais específica dos mecanismos de financiamento do sistema público de saúde do país, o que será feito nas seções subseqüentes, para que possamos, no capítulo final da dissertação, analisar os mecanismos vigentes de controle e fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde.

III.2. FORMAS E (IN)DEFINIÇÕES DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA

O financiamento da saúde pública no Brasil “é composto de recursos provenientes dos orçamentos dos governos federal, estaduais e municipais, e de contribuições sociais, calculadas sobre o salário, o faturamento e o lucro¹⁵”. Os recursos destinados ao financiamento do SUS são originários do Orçamento da Seguridade Social (OSS), sendo fixada uma parcela de 30%¹⁶, definida constitucionalmente. Ou seja, o orçamento prevê uma

¹⁴ A CPI do INAMPS foi criada na Câmara dos Deputados em 1992, tendo realizado investigações para o período entre 1989 e 1993, ano em que foi finalizada.

¹⁵ Ver artigo 195 da Constituição Federal de 1988.

¹⁶ O artigo 55 das disposições transitórias da Constituição (1988) estabelece que 30% do OSS seja repassado para a saúde. Porém, este percentual nunca foi efetivamente cumprido. Como exemplo, Vianna (1998) cita que,

destinação direta para o SUS do montante equivalente a este percentual, de acordo com a sua receita total estimada, de modo a cumprir com as atribuições estabelecidas pela Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO), além de outros aportes financeiros (sem definição prévia da sua origem) provenientes da União, estados, distrito federal e municípios (VIANNA, 1998). Cabe ressaltar que as receitas provenientes das transferências intergovernamentais para os Fundos de Saúde não podem ser utilizadas em despesas de atividades que não sejam relacionadas às ações específicas de saúde¹⁷.

Os recursos são arrecadados pela União e alocados no FNS. A partir daí ocorrem os repasses¹⁸ para os estados, distrito federal e municípios, de acordo com critérios previamente estabelecidos¹⁹ e negociados com as Comissões Intergestoras Bipartite, no caso dos estados, e Tripartite, no caso dos municípios. A maior responsabilidade pelo financiamento do SUS cabe ao governo federal, sendo a este atribuído, ao longo de todo o processo, cerca de 70% dos gastos do sistema, restando aproximadamente 20% dos custos de financiamento do sistema para os estados e distrito federal e 10% para as municipalidades (SOMARRIBA, 1998).

As transferências de recursos públicos para as subunidades de governo, destinadas à saúde, ficam condicionadas à existência do Fundo de Saúde e à apresentação do Plano de Saúde para o município, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. O Plano de Saúde elaborado pelo município deverá conter a contrapartida dos recursos do orçamento do estado, distrito federal ou município, sendo, porém, vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações que não estiverem previstas ou estabelecidas nestes Planos de Saúde, ressalvando as situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde (MS, 2001a).

no ano de 1989, foram destinados para a saúde 28,6%; em 1990, cerca de 23% e, em 1991, cerca de 20% dos recursos da Seguridade Social (p.165).

¹⁷ Os recursos destinados ao SUS devem ser movimentados em conta do Fundo de Saúde, conforme estabelecido na portaria 3.925/1998, assim como no artigo 33 da lei 8.080/1990.

¹⁸ A principal forma de transferência de recursos do FNS para os estados, distrito federal e municípios está sustentada por um contingente de recursos e fontes, com repasses regulares e automáticos, representados pelo Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em aportes financeiros, fixos e variáveis, destinados ao custeio de ações de assistência básica e sob a responsabilidade dos governos municipais, além do teto financeiro global dos municípios que estão em gestão plena. Mas há, também, outras formas de repasse. Os municípios que não estão habilitados em gestão plena recebem repasse de prestação de serviço, assim como alguns prestadores e hospitais. Por outro lado, existe um contingente grande de recursos que é repassado via convênio, direto do FNS para os municípios. Entretanto, a grande maioria desses convênios não passa pela avaliação prévia dos Conselhos de Saúde, principalmente dos Conselhos Municipais de Saúde. Portanto, são inúmeros os convênios que fazem uma administração paralela dos recursos da saúde, diretamente do FNS e/ou FES para os prestadores de serviços de saúde atuando nas subunidades de governo (MACHADO & FORTES, 2001).

¹⁹ Os critérios adotados para a efetivação dos repasses para os municípios são: população, capacidade instalada de atenção à saúde, complexidade da rede, desempenho em períodos anteriores, plano de investimentos na rede local de saúde, dentre outros.

Nascimento (2001) vai chamar a atenção para o fato de que os mecanismos estabelecidos para a adoção das transferências de recursos efetuadas pela esfera central às subunidades de governo parecem não favorecer a efetivação do processo de descentralização na saúde, posto que privilegiam as localidades com maior capacidade instalada de atendimento à saúde, tendo em vista os critérios adotados para calcular o teto financeiro máximo²⁰ referente aos repasses de recursos públicos do SUS, que cada estado e/ou município tem para receber via transferências dos fundos.

Os recursos federais para o SUS devem ser utilizados após a previsão de gastos estabelecida no orçamento do município e a sua identificação no FMS como sendo parte da receita operacional proveniente da esfera federal. A comprovação da aplicação destes recursos, transferidos fundo a fundo aos estados, distrito federal e municípios, ocorrerá mediante apresentação de Relatório de Gestão²¹, devidamente aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, o qual é, posteriormente, enviado para o Ministério da Saúde, para o Tribunal de Contas que abarca a jurisdição do município, sendo apresentado, também, às secretarias estaduais de saúde. A contrapartida dos recursos financeiros dos orçamentos municipais e estaduais deve ser depositada nos Fundos de Saúde.

Um outro mecanismo de financiamento da saúde pública à disposição das subunidades de governo são os convênios estabelecidos pelas Secretarias e/ou Fundos de Saúde. Tais instrumentos de financiamento da saúde diferem das transferências fundo a fundo pelo fato de serem estabelecidas em forma de convênio com o Fundo Nacional de Saúde (FNS), com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ou mesmo através de outras fontes de financiamento. Estes formatos de financiamento referem-se, portanto, às transferências negociadas que, na realidade, não compor recursos específicos, porém negociados diretamente com o repassador do recurso. Contudo, conforme dito anteriormente, a grande maioria destes convênios não é objeto de uma avaliação prévia dos Conselhos de Saúde. Ademais, a prestação de contas destes recursos parece ser ineficiente. Vale ressaltar que uma parcela significativa dos

²⁰ Para a efetivação destes cálculos, são consideradas as séries históricas dos gastos de cada subunidade com procedimentos médicos e internações ambulatoriais. Com efeito, este procedimento parece privilegiar as localidades com maior capacidade instalada, com serviços mais complexos e de alta tecnologia, pois em função de uma maior capacidade instalada, em tese, vai ocorrer uma quantidade maior de procedimentos médicos e também de internações. Este formato adotado para o cálculo das transferências de recursos aparentemente aumenta as desigualdades regionais de acesso aos serviços de saúde pública, pois estabelece uma quantidade maior de recursos financeiros àquelas localidades com maior capacidade instalada de serviços de alta tecnologia, em detrimento daquelas localidades mais pobres.

²¹ O Relatório de Gestão preparado pelo FMS deverá conter a programação da execução física e financeira do orçamento dos projetos propostos pela secretaria municipal de saúde e das atividades realizadas, a comprovação dos resultados obtidos na execução do Plano de Saúde, a demonstração dos recursos financeiros próprios

recursos destinados à saúde é proveniente destes convênios firmados. Como dito anteriormente, cabe ao órgão repassador dos recursos a responsabilidade pelo controle e fiscalização da aplicação destes valores, o que, na verdade, eleva a quantidade de demandas por este tipo de atribuição de controle. Como esta forma de controle dos recursos transferidos via convênios estabelecidos diretamente com o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e/ou com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) é precária, abrem-se espaços para que ocorram, através destes convênios, como dito antes, uma forma de administração paralela destes recursos destinados para a saúde.

As fontes que compõem o OSS são: a contribuição de empregados e empregadores para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS), a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/PASEP), parte da arrecadação dos concursos de prognóstico (loterias), 50% do Seguro Obrigatório sobre Acidentes Automotivos, a contribuição para o Salário-Educação, a contribuição do plano de Seguridade Social dos Servidores e, a partir de 1997, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF²²) (OLIVEIRA JR., 1998). Cabe ressaltar, em se tratando da COFINS, que grande parte de sua arrecadação deveria ser destinada a sustentar o orçamento da saúde. Contudo, nos últimos anos têm ocorrido reduções significativas no total da destinação desta contribuição. Entre os anos de 1994 e 1998, houve uma redução dessa fonte de recursos de 67% para 23% do orçamento para o Ministério da Saúde. Porém, a perda maior foi com a CPMF, que de recurso adicional passou a ser substitutivo das outras fontes de receita do Ministério da Saúde.

Apesar de ter sido criada como uma fonte de recursos adicionais para a saúde, a CPMF não teria proporcionado o incremento esperado de recursos, em decorrência de um decréscimo da participação de outras fontes que tradicionalmente financiavam o setor. Além disso, apesar

aplicados no setor de saúde e as transferências recebidas de outras instâncias do SUS, além dos documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS (MS, 2001a).

²² A gravidade dos problemas de financiamento do SUS teria levado o governo federal a criar, em 1994, o Imposto Provisório sobre a Movimentação Financeira (IPMF), com previsão para vigorar durante dois anos. Contudo, em 1994 e 1995, dadas as restrições de suas fontes de financiamento, o Ministério da Saúde contou também com recursos de empréstimos junto ao Fundo de Amparo do Trabalhador (FAT). Em 1996, o IPMF foi recriado e renomeado como Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A CPMF foi instituída em 1997 para financiar o SUS. O princípio que originou a cobrança da CPMF foi o da utilização integral da cifra arrecadada para o financiamento das ações e serviços de saúde. Embora arrecadada como fonte adicional de receita para o Ministério da Saúde, a CPMF tem, na verdade, substituído as receitas fiscais e da seguridade social que constitucionalmente compõem o financiamento do SUS, ou seja, com a CPMF houve uma redução dos repasses para a saúde das fontes que compõem o OSS. A CPMF vigorou até 1998, quando foi novamente prorrogada, com um aumento expressivo de sua taxa (de 0,20% para 0,38%), mas, desde então, deixou de ser fonte de recursos exclusiva da saúde (NASCIMENTO, 2001).

da expansão do sistema de saúde complementar (ou sistema privado de atenção à saúde), os procedimentos de alto custo, mesmo para a clientela segurada por planos privados, continuaram a ser bancados pelo sistema público.

Um outro fator agravante, relacionado ao financiamento do sistema público de saúde, refere-se ao fato de o Ministério da Saúde ser “o principal responsável pela condução do processo de descentralização da área”, uma vez que grande parte dos recursos financeiros do sistema provém dele, conforme visto anteriormente. Tal situação acaba por gerar, segundo Marques (1999), uma inoperância muito grande, sobretudo dada a “falta de instituição de critérios técnicos e transparentes para a distribuição da totalidade dos recursos”. Esta indefinição quanto à participação de cada subunidade no financiamento dos serviços de saúde contribuiria para que não houvesse uma definição clara de quais seriam os recursos, correspondentes a cada esfera de governo, que comporiam o montante disponível para o custeio dos serviços de saúde (p.8).

A dependência financeira das subunidades de governo em relação ao poder central denota a insuficiência da geração de recursos próprios no âmbito local. Tal situação desencadeia problemas na relação entre os gestores do sistema de saúde nas três esferas de governo, fato este que parece desestimular os agentes locais a dar prosseguimento ao programa de descentralização.

A assistência médica continuou a ser financiada e sustentada pelas sobras financeiras da Seguridade Social. Isto se deu porque, apesar da Constituição de 1988 determinar que a origem dos recursos para o sistema público de saúde (ou SUS) ser as fontes tributárias definidas, assim como as contribuições sociais que compõem o OSS, não foram estabelecidos critérios para a partilha destes recursos. Ou seja, as fontes de custeio do sistema de saúde foram garantidas, porém não foi estipulado como se daria esta divisão de recursos entre a saúde e a previdência (MEDICI, 1994).

Dada a indefinição em relação aos critérios de divisão dos recursos tributários entre os entes federados, a União passou a ocupar uma posição privilegiada na composição orçamentária para o sistema de saúde. Ou seja, cabe ao governo federal tanto a determinação dos recursos a serem alocados para o sistema de saúde local quanto a autonomia para os repasses destes recursos financeiros para as subunidades de governo (BARROS, 1997).

Outro aspecto importante que merece destaque é que a saúde pública parece ter sido usada pelo poder público como um pretexto para aumentar a arrecadação de recursos. Porém, o adicional referente a este aumento não foi necessariamente aplicado na saúde. Ao contrário, aparentemente passou a compor os orçamentos de outros setores, dado o peso de interesses

políticos e de grupos de pressão. Como exemplo, podemos citar o aumento no valor da alíquota da contribuição de empregados de 6% para 9% sobre a folha de pagamento, o aumento da COFINS de 0,5% para 2%, a criação da CSLL e a criação da CPMF, dentre outros (CARVALHO, 2000).

Contudo, como destacam Amorim & Perillo (2000), a aparente insuficiência de recursos financeiros para o SUS também pode ser encarada de uma outra forma. A questão não seria a quantidade de recursos disponíveis para serem gastos com a saúde pública, mas sim como estes recursos estariam sendo gastos. Segundo estes autores, os mecanismos usuais para a alocação dos recursos no sistema público de saúde não são eficientes, pois determinam uma situação na qual qualquer quantidade de dinheiro nunca será suficiente. Isto ocorre porque a estrutura do SUS aparentemente não é capaz de identificar e resolver os problemas do sistema. Como exemplo, os autores citam o fato de a burocracia do sistema público de saúde consumir entre 60% e 70% dos recursos disponíveis. Paralelamente, como se sabe, há uma predileção pelas práticas curativas, em detrimento das ações preventivas. Ou seja, de acordo com os autores estes recursos estariam sendo aplicados de maneira indevida.

Os recursos financeiros provenientes do SUS representam uma parcela importante nas transferências da União para os governos subnacionais. Neste sentido, passam a compor um significativo adicional aos repasses do Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Isto ocorre devido ao fato de o critério adotado na partilha dos recursos do FPM entre as subunidades de governo ser inversamente proporcional à população de cada localidade. Ou seja, os municípios com menor densidade populacional recebem do FPM uma quantidade *per capita* proporcionalmente maior que os municípios mais populosos. No caso das transferências provenientes do SUS, o critério adotado para a distribuição de recursos segue um caminho inverso: as localidades mais populosas recebem mais dinheiro, sobretudo em função do critério referente à divisão do montante total dos recursos pelo número de habitantes de cada localidade e, também, pela capacidade instalada, conforme já visto anteriormente (AFONSO; ARAÚJO & OLIVEIRA, 2001).

Vale ressaltar que os recursos provenientes do SUS, mesmo tendo uma destinação específica, ao que parece compõem uma parcela significativa das receitas orçamentárias dos municípios, juntamente com as transferências do FPM. Isto ocorre dada a inconsistência das agências de fiscalização e controle destes recursos públicos transferidos para as subunidades de governo, conforme sustentado anteriormente. Adicionalmente, parece não existir meios suficientes e também eficientes para garantir que tais recursos provenientes do SUS sejam efetivamente aplicados na área da saúde, como previsto na legislação que rege este sistema.

Ou seja, eles muitas vezes são alocados em outras áreas, para cobrir as necessidades mais urgentes, ou para atender pressões clientelistas sobre o poder público local.

A instabilidade em relação às fontes de financiamento da saúde durante a década de 90 foi acompanhada por uma elevação na participação relativa dos estados e municípios, ora compensando reduções de recursos do governo federal, ora disponibilizando mais recursos para a ampliação da cobertura dos serviços, reforçando o processo de descentralização das políticas públicas (CARVALHO, 2000).

Apesar de, na prática, estados, distrito federal e municípios participarem do financiamento do SUS, há, como visto, uma relativa ausência de critérios e parâmetros para definir a participação dos governos subnacionais, fazendo com que todas as pressões no sentido do aumento dos recursos setoriais recaiam exclusivamente sobre a União.

Mesmo com o avanço representado pela implantação do SUS, instaurando um processo de descentralização dos serviços de saúde pública [sustentado pelo texto constitucional], este novo sistema herdou o mesmo formato de financiamento utilizado no período anterior ao SUS, fundamentado na economia formal e nos salários dos trabalhadores. Acontece que, ao mesmo tempo em que se universalizam os direitos sociais através do SUS, alargam-se as bases de beneficiários sem a correspondente contrapartida de um aumento dos contribuintes para o sistema de saúde (COHN, 1997).

Neste sentido, mesmo com a vigência das contribuições compulsórias como forma de subsídio ao financiamento da saúde, continuam sendo os trabalhadores assalariados aqueles que arcam com a maior parte do ônus do custeio do sistema público de saúde.

Afonso (1993) considera que mesmo depois de consumados os estágios iniciais de implementação do SUS, as expectativas estariam sendo “frustradas”, sobretudo em função do “fracasso e estrangulamento” do padrão de financiamento da saúde, ao que se soma um avanço modesto no processo de descentralização. O autor assinala que:

“Do lado das receitas, as contribuições vinculadas à seguridade social constituem o mais explícito objeto de rejeição entre os tributos existentes no país – pelos contribuintes (porque sobrecarregam salários ou provocam efeito ‘em cascata’), pelas autoridades econômicas federais (porque os recursos não são ordinários) e até mesmo pela corporação da saúde (porque não evitou sua crise financeira). Mais explícita ainda é a contradição em torno das despesas: por um lado, autoridades federais brandam que estados e municípios ganharam receitas com a reforma tributária de 1988 e não assumiram novos encargos; por outro, governos subnacionais reclamam que, ao aderirem ao Sistema Único de Saúde, foram enganados por se comprometerem com gastos crescentes ao tempo em que as transferências de recursos federais foram e tendem a ser decrescentes” (AFONSO, 1993, p.1).

A questão do financiamento foi um dos temas mais debatidos durante a implantação do SUS. A aparente crise do financiamento tem como causas a irregularidade e a insuficiência dos fluxos financeiros, os critérios de repasse, que não contemplam a equidade como princípio orientador, e o baixo grau de eficiência e eficácia na sua aplicação, além das dificuldades enfrentadas pelas esferas de governo quanto à questão do relacionamento entre elas e, também, com o setor privado de saúde (MARQUES, 1999).

Na próxima seção ressaltaremos a questão da dualidade do sistema de saúde no Brasil e as implicações deste formato. No desenvolvimento desta seção procuraremos chamar atenção para a participação (perversa) do setor privado de saúde no Brasil, sobrecarregando o setor público e fomentando uma diversidade de mecanismos de *rent seeking*.

III.3. FINANCIAMENTO PÚBLICO E FORMAS DE *RENT SEEKING*: NOTAS SOBRE A DUALIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

No Brasil o sistema público de saúde convive com um sistema privado constituído por diferentes modalidades de prestação de serviços²³. Estes sistemas não são mutuamente excludentes. Ao contrário, os dois sistemas se relacionam de diferentes maneiras e, por isso mesmo, o desempenho de cada um está diretamente condicionado ao do outro, uma vez que

²³ O setor privado de saúde, na sua forma administrativa, está subdividido, segundo Almeida (1998), nas seguintes modalidades (pp.7-9):

- Cooperativas Médicas;
- Planos de Autogestão;
- Seguro Saúde;
- Medicina de Grupo.

As **Cooperativas Médicas**, também conhecidas como convênios médicos, são organizadas na forma de cooperativas de trabalho, cobrando valor *per capita*. São formadas por médicos sócios e por prestadores de serviços que recebem pagamentos de forma proporcional à sua produção: a UNIMED é o exemplo mais característico desta modalidade.

Os **Planos de Autogestão** compreendem uma forma de atendimento médico-hospitalar que é oferecido por empresas de forma exclusiva aos seus funcionários e dependentes. Podem ser administrados diretamente ou por terceiros. Não têm fins lucrativos. São mantidos pelas empresas juntamente com seus funcionários.

O **Seguro Saúde** é um sistema que permite a livre escolha de médicos e hospitais por meio do reembolso de despesas, dentro do limite de cada apólice. É intermediado financeiramente por uma entidade seguradora que cobre ou reembolsa os gastos com assistência médica ao prestador ou ao segurado segundo as condições estabelecidas em contrato.

Na **Medicina de Grupo**, assim como para as Cooperativas Médicas, é usada a expressão “convênio médico” como um jargão popular ou uma convenção estilística. Na Medicina de Grupo também se prestam serviços médico-hospitalares por meio de recursos próprios e contratados, cobrando valores *per capita* fixos. É constituída por empresas médicas que administram planos de saúde para empresas, indivíduos e famílias.

ocorrem transferências de recursos do setor público para o setor privado. Isso se dá, principalmente, porque o setor público compra serviços do setor privado.

O mercado de serviços privados de saúde apresenta uma estrutura mercantil na relação entre os atores. Desta forma a relação contratual, de compra e venda destes serviços, efetuada entre o prestador de serviços e os usuários, confere à demanda por estes serviços um caráter seletivo.

O serviço de saúde privada, assim como o público, é composto pelas formas de produção e de gestão da assistência médico-hospitalar. Todavia, apresenta como objetivo o atendimento de uma clientela restrita e selecionada. A forma de ingresso neste mercado é o pagamento pela utilização dos serviços: a sua compra. Portando, na classificação econômica dos bens de consumo, a assistência médica pode, neste caso, ser considerada como um bem privado, um serviço de conotação exclusivista que beneficia apenas o usuário que consome este serviço, o qual, uma vez consumido, não pode ser devolvido, trocado ou consumido por outros usuários (ALMEIDA, 1998, p.6).

O padrão de desenvolvimento do setor privado de saúde no Brasil apresenta características especiais: capital fixo subsidiado, ou seja, o maior comprador de serviços do sistema privado é o Estado, que terceiriza a assistência médica, além de ter um mercado cativo e baixo risco empresarial.

O subsistema privado de atendimento à saúde tem exibido um desempenho favorável, mas aparentemente dependente dos mecanismos de financiamento do setor público (FAVERET & OLIVEIRA, 1990). Desta forma, ocorreria uma situação na qual nem o sistema público de saúde assumiria a responsabilidade de comportar-se como universalista e nem tão pouco o sistema privado se comportaria como uma modalidade de seguro, devido ao seu elevado grau de dependência do setor público, em função de ser este o maior comprador dos serviços de saúde do sistema privado, o que, por sua vez, reduz os riscos desta atividade (MARQUES, 1999).

A relação entre estes dois subsistemas de saúde reforça o caráter perverso desta convivência, pois, além de ocorrer uma apropriação dos mecanismos de financiamento do setor público pelo setor privado, a este cabe, prioritariamente, a atenção secundária e residual, sendo esta a que oferece maiores possibilidades de ganhos financeiros, reforçando o caráter de *rent seeking* existente nesta relação. Ou seja, a medicina privada passa a separar as doenças crônicas e conceptivas daquelas agudas e benignas, cujos tratamentos são menos dispendiosos. Já o setor público se responsabiliza pela prestação de serviços para os estratos menos favorecidos e com riscos mais elevados de adoecer, em todos os níveis de atenção,

destacando os atendimentos com caráter de urgência e os procedimentos de alto custo, uma vez que estes segmentos de atuação não apresentariam atrativos para o setor privado, dada sua baixa rentabilidade econômica. As doenças crônicas, assim como as ações de saúde pública (não rentáveis), passam a ser encaminhadas para os serviços públicos.

Um outro aspecto que merece destaque nesta relação entre o sistema público e o sistema privado de saúde no Brasil refere-se ao comportamento adotado pelo governo federal de priorizar uma política de compra dos serviços de saúde, privilegiando os procedimentos hospitalares que, em tese, deveriam ser o último elo da cadeia de atendimento à saúde. Enquanto isso, a medicina preventiva, menos onerosa, parece ter sido deixada de lado (ROCHA, 1998). Neste sentido, o sistema de saúde apresenta-se centrado em um modelo hospitalocêntrico, privilegiando a prática médica curativa e assistencialista, mais dispendiosa, em detrimento da saúde preventiva, consumindo recursos oriundos do sistema previdenciário e sem financiamentos definidos de origem fiscal (DRAIBE, 1990).

Conforme dito anteriormente, a compra dos serviços de saúde do setor privado usualmente acarreta um superfaturamento destes serviços contratados, comprometendo o sistema financeiro do SUS. Esse problema parece ter sido agravado em função de desvios propiciados por uma política desregulamentada, sem princípios coibidores e coercitivos. Como resultado deste descontrole nas contas do sistema público de saúde, ocorreram situações onde mecanismos de predação de rendas se fizeram presentes por toda a estrutura deste sistema. Este fato pode ser evidenciado inclusive em situações nas quais os prestadores de serviços, por meio da prática de desdobramentos de atos médicos e de uma predileção por serviços cirúrgicos e internações de alta complexidade, consolidam a imagem de um sistema marcado pela falta de controle e fiscalização (CUNHA & CUNHA, 1998).

De acordo com Silva (1997), a adoção de mecanismos de financiamento público para a saúde em benefício do sistema privado parece ser uma prática comum no Brasil, podendo ser citados como exemplos: a construção hospitais particulares e a compra de equipamentos para estas instituições, além do fato de uma parcela significativa da rede de hospitais privados sobreviver com os convênios estabelecidos com o SUS, redundando em mecanismos lícitos de predação de rendas. Ou seja, não existe nenhuma restrição legal contra estas medidas. A partir daí, de acordo com este autor, ocorreriam situações de “intervenção estatal, com renda pública”, tentando fazer com que os produtores privados assumam as demandas de bens e serviços coletivos, assegurando-lhes, sem riscos, consumidores (pp.179-180).

Pode-se dizer que uma outra forma de transferência de recursos do setor público para o setor privado é a renúncia fiscal, uma vez que são dados incentivos tributários aos usuários,

por meio da isenção de parte do Imposto de Renda (IR) quando da contratação de planos privados de prestação de serviços de saúde, quer eles sejam pagos individualmente pelos usuários ou através de empresas que concedem este benefício aos seus empregados (VIANNA, 1998).

Os incentivos fiscais da União para estimular os usuários (pessoas físicas e jurídicas) da rede de saúde privada aparentemente têm sido estabelecidos como uma tentativa de aliviar o papel do Estado como prestador de serviços. Assim, as pessoas físicas passam a poder descontar no seu Imposto de Renda (IRPF) os gastos com planos de saúde privados. Já as pessoas jurídicas optantes pelo Lucro Real²⁴ podem contabilizar integralmente os gastos com planos de saúde dos funcionários como Despesa Operacional²⁵, reduzindo desta forma o seu lucro fiscal e, conseqüentemente, pagando menos Imposto de Renda (IRPJ).

Em qualquer um dos casos (tanto pessoa física como pessoa jurídica), a opção por pagamento de planos de saúde privados é voluntária e não exime do pagamento de contribuições à Seguridade Social. A renúncia fiscal ocorrida em decorrência deste incentivo concedido pelo governo federal corresponde, aproximadamente, a ¼ do orçamento do Ministério da Saúde ou quase o equivalente à arrecadação com a CPMF (CARVALHO, 2000).

Esta política é tida como amplamente regressiva, posto que tende a beneficiar os segmentos mais privilegiados da população que, na prática, seriam os que pagam, proporcionalmente, mais Imposto de Renda. O subsídio fiscal concedido representa uma redução na arrecadação da União e, conseqüentemente, a perda da capacidade de usar tais recursos com políticas redistributivas (MEDICI, 1995).

Assim, o Estado tem facilitado o surgimento de planos de saúde privados, também por meio da concessão de isenções fiscais para as empresas que oferecem estes benefícios aos seus empregados. Com efeito, os planos de saúde passaram a compor as políticas de recursos humanos destas empresas e são parte da pauta de negociação salarial, entrando como salário indireto e, conseqüentemente, aliviando as empresas dos encargos sociais que seriam decorrentes dos aumentos salariais assim evitados. Além do benefício fiscal concedido pelo governo às empresas que oferecem seguros ou planos de saúde aos seus funcionários, ocorre o seguinte: as empresas, ao concederem aos empregados o benefício relativo ao plano privado de assistência à saúde, podem alegar que a adoção destes benefícios ocasiona um aumento nos

²⁴ O Lucro Real é o lucro líquido do exercício apurado na escrituração contábil, sendo posteriormente ajustado pelas adições, exclusões e compensações prescritas ou autorizadas pela legislação tributária.

seus custos fixos, o qual, por sua vez, pode ser repassado para o preço final dos seus produtos. Isto, por seu turno, levaria a um aumento dos ônus para os consumidores e a uma redução nos salários nominais dos empregados. Sobre este benefício que a empresa oferece aos empregados, e que se constitui em uma forma de salário indireto, não incidiriam encargos de ordem trabalhista, como o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou o Fundo de Garantia por Tempo no Serviço (FGTS). Assim, além de reduzir os salários nominais dos empregados, tais empresas estariam se isentando, de forma lícita, do ônus trabalhista. O trabalhador, por sua vez, ao se aposentar irá receber uma bonificação proporcionalmente menor do que se tivesse sido contemplado com um aumento real no seu salário (ALMEIDA, 1998).

As formas como ocorrem as relações entre o sistema privado de atenção à saúde e o sistema público parecem apresentar um elevado grau de opacidade. Como resultado, os efeitos e implicações deste mercado privado sobre a eficiência do SUS têm sido pouco estudados.

Esta forma de interpenetração [perversa] entre os dois subsistemas de saúde agrava-se com a adoção de uma prática, usual no setor privado, que é a transferência dos serviços mais complexos, e conseqüentemente mais dispendiosos, para a rede de atendimento público do SUS. Ou seja, grande parte das empresas privadas de atendimento à saúde parece usar de mecanismos que funcionam como barreiras ao acesso aos procedimentos mais caros, quando simplesmente não fornecem cobertura para estes casos. Então, o subsistema público de saúde passa a se encarregar destes atendimentos mesmo para a clientela segurada por planos privados de saúde.

Assim, o fato de haver uma garantia constitucional referente à universalização do atendimento à saúde leva a uma situação na qual os planos ou seguros de saúde privados passam a restringir o acesso às coberturas de alta complexidade, internações de longo prazo, tratamentos de doenças crônicas ou para situações de emergência, pois estes seriam procedimentos de custos elevados e posto que tais usuários, constitucionalmente, também teriam direito ao atendimento pelo SUS. Com efeito, os consumidores destes planos ou seguros de saúde privados acabam sendo obrigados a procurar os serviços públicos porque, na

²⁵ As Despesas Operacionais são despesas pagas ou incorridas diretamente com a atividade operacional da instituição. Na apuração do lucro líquido estas despesas são excluídas (FIPECAFI, 1994).

maioria das vezes, não têm condições financeiras para arcar com os custos adicionais destes procedimentos²⁶.

Todas estas formas de relações estabelecidas entre o sistema privado de saúde e o público, descritas nesta seção, mostram o caráter desigual e predatório desta convivência, que beneficia claramente os segmentos privados de atendimento à saúde, seja pelo acesso aos recursos públicos ou por isenções fiscais concedidas. Portanto, a nosso ver, reforçam o caráter de *rent seeking* existente na relação entre o setor público e o privado.

Enfim, a dualidade do sistema de saúde brasileiro ressalta a complexidade das relações entre estes dois subsistemas. As relações intergovernamentais não são transparentes e as instituições de controle e fiscalização dos recursos públicos parecem não dar conta desta complexidade setorial. Estes fatos reforçariam ainda mais a hipótese, levantada no Capítulo I, de que há, no Brasil, uma fragilidade nos mecanismos de *accountability* horizontal.

A complexidade dos mecanismos de operacionalização e funcionamento do sistema de saúde pública no Brasil em princípio amplia as dificuldades de implementação e condução do programa proposto pelo SUS, sobretudo ao colocar na mesma arena de negociação interesses divergentes, como os das burocracias locais, dos grupos parlamentares, partidos políticos, empresas e outros grupos de pressão. Todos atuando nas três esferas de governo, separadamente ou em ações sobrepostas. Neste sentido, o SUS parece ter multiplicado as arenas de conflito entre estes atores sociais, assim como as formas de articulação dos interesses particularizados, relacionados à política de saúde (SILVA, 1997, p.152).

Mesmo depois de decorrido um longo período de lutas desde a implantação do SUS, vários estrangulamentos relacionados à concretização dos seus princípios ainda dificultam o seu funcionamento efetivo. Estes impasses não se referem somente à questão da limitação de recursos, mas também às dificuldades das relações intergovernamentais (MENICUCCI, 2000).

²⁶ Mais recentemente foi aprovada a lei 9.656/1998, que regulamenta o mercado privado de assistência à saúde. Uma de suas medidas estabelece o ressarcimento ao SUS, pelos planos privados, dos custos dos serviços prestados à clientela segurada. Embora previsto na legislação, este ressarcimento não está ocorrendo na prática, tendo em vista os inúmeros questionamentos judiciais desta medida pelos planos de saúde e, também, em função da complexidade em se chegar a um acordo entre os subsistemas de saúde quanto ao valor e as formas de ressarcimento destas despesas. Ou seja, este avanço está longe de se concretizar operacional e politicamente.

Mecanismos burocráticos e a falta de critérios rígidos a definir o modelo de financiamento do sistema público no Brasil, aliados a uma ampla dificuldade de atender às exigências e reivindicações de todos os atores que compõem o sistema descentralizado da saúde, segundo suas necessidades, fazem com que cada esfera de governo negocie, de maneira isolada, soluções específicas para cada localidade, fato este que pode favorecer a adoção de soluções clientelistas (MÉDICI & OLIVEIRA, 1991).

Também por isso, o sistema de saúde passa a ser considerado, pela opinião pública, como um sistema desgastado, aparecendo sempre como sinônimo de fraudes, desmandos administrativos e baixa qualidade no atendimento. Apesar de ter um lado verdadeiro, esta impressão também atende e continua atendendo aos interesses de grande parte da mídia e grupos de interesse. Logo, o SUS aparece aos olhos da população como sendo o sucessor das mazelas do INAMPS (OLIVEIRA JR., 1998).

No decorrer deste capítulo procuramos conhecer as estruturas de financiamento do sistema de saúde no Brasil, buscando informações sobre os mecanismos vigentes de auditoria, controle e fiscalização destas transferências de recursos para as subunidades de governo. No próximo capítulo associaremos a debilidade dos mecanismos de auditoria, controle e fiscalização à fragilidade da *accountability* horizontal, questão esta levantada no primeiro capítulo desta dissertação.

Esta fragilidade dos instrumentos existentes de fiscalização e controle dos repasses e gastos do sistema público de saúde, sobretudo no que se refere à sua prestação de contas para a sociedade e às formas de divulgação dos seus resultados, não proporciona segurança quanto à real aplicação dos recursos destinados às secretarias municipais de saúde ou Fundos Municipais de Saúde.

A falta de transparência no repasse e alocação dos recursos para o sistema público de saúde do Brasil vem demonstrando ser também o resultado de um precário processo de auditoria, controle e fiscalização. Ademais, a ausência de mecanismos eficientes destinados à divulgação de informações inteligíveis referentes a estas contas contribui para que o descaso e mau uso dos recursos destinados ao sistema público de saúde não sejam percebidos pelo poder público, pelas agências de *accountability*, pelos conselhos participativos nem, conseqüentemente, por grande parte da população.

Neste ponto do trabalho, cabe chamar novamente a atenção para os objetivos desta pesquisa, onde nos propomos analisar os mecanismos de controle e fiscalização dos recursos públicos destinados ao sistema público de saúde dos entes federados, a partir do processo de descentralização fiscal.

Portanto, justifica-se para o entendimento desta dissertação, discutir a alocação dos recursos públicos e as formas de controle dos gastos na saúde, sublinhando os mecanismos de repasse, financiamentos, tipos de gestão, participação popular e ressaltando a vulnerabilidade dos instrumentos de auditoria, controle e fiscalização vigente.

Para tanto, analisaremos no próximo capítulo o papel das instâncias de fiscalização dos gastos públicos em saúde existentes, aprofundando o estudo sobre a participação dos Tribunais de Contas (União, estados e municípios), no que se refere às auditorias públicas direcionadas ao sistema de saúde, e resgatando a discussão sobre a questão da independência dos agentes responsáveis por esta fiscalização. Também merecem destaque as formas de controle dos recursos repassados para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde realizadas pelos Conselhos de Saúde.

Deste modo, teremos condições de checar as hipóteses levantadas neste trabalho, que se referem à falta de instrumentos legais que garantam a regularidade quanto à participação dos TC's nos processos de auditoria, controle e fiscalização dos gastos do sistema público de saúde, e de analisar os procedimentos adotados para divulgar os resultados dessas auditorias.

Da mesma forma, como se verá, o órgão responsável diretamente pelo controle e fiscalização dos repasses e alocações dos recursos públicos da saúde, o Sistema Nacional de Auditorias (SNA), parece não atender ao objetivo de proporcionar uma relação de transparência entre os gestores públicos e a sociedade. As auditorias realizadas pelo SNA ocorrem após denúncias ou por solicitação dos Conselhos de Saúde. Porém, há uma grande desinformação quanto ao funcionamento e atuação deste órgão por parte dos agentes sociais. A ausência de uma legislação específica, que obrigue e regule a periodicidade destas auditorias, e o reduzido quadro de pessoal do próprio SNA dificultam ou mesmo inviabilizam a realização freqüente de auditorias nestas contas, ressaltando a vulnerabilidade dos mecanismos de controle, fiscalização e coerção vigentes.

Por último, vemos que o controle social vigente, executado pelas instâncias de participação social (Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde), não estabelece acompanhamentos técnicos e, nem tão pouco, adota mecanismos de divulgação dos resultados de forma transparente e inteligível a toda a sociedade. Estas são as questões que serão discutidas no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV

IV. INSTITUIÇÕES DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE DOS GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE NO BRASIL

Neste último capítulo o trabalho será conduzido a partir de entrevistas e pesquisas documentais realizadas junto às instâncias de fiscalização e de controle de gastos públicos existentes para o segmento da saúde. Aprofundaremos, quando possível, o estudo sobre a participação dos Tribunais de Contas (União, estados e municípios), especificamente na execução de auditorias direcionadas ao sistema público de saúde, resgatando a discussão sobre a independência dos agentes responsáveis por essa fiscalização. Abordaremos, também, o papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde, focalizando a aplicação dos instrumentos disponíveis a estas instâncias para o controle e a fiscalização dos atos e gastos no setor de saúde, realizados pelos entes federados. Por último, analisaremos as metodologias empregadas pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), nas três esferas de governo, no controle e na fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde. O Anexo I trará a relação das entrevistas efetuadas para a realização desta dissertação.

No desenvolvimento dessas análises, buscaremos comprovar as hipóteses, levantadas anteriormente, de que as auditorias realizadas nas contas do sistema público de saúde, em cada esfera de governo, não têm uma periodicidade de execução, além de haver acompanhamentos precários na área contábil e financeira, não sendo divulgado os resultados de forma transparente e inteligível a toda a sociedade.

Como será visto, as demandas por esses trabalhos de auditoria não têm regularidade previamente estabelecida. Ocorrem, na maioria das vezes, por solicitação dos Conselhos Municipais de Saúde, dos gestores do SUS local ou após eventuais denúncias de irregularidades. Ressaltamos, ademais, a vulnerabilidade dos mecanismos de controle, de fiscalização e de coerção vigentes, que faz com que os trabalhos realizados dificilmente possam, como veremos, ser classificados, estrito senso, como auditorias. Mostraremos, também, que estas agências de controle e fiscalização dos atos e dos gastos públicos na área da saúde não apresentam mecanismos capazes de garantir um efetivo processo de *accountability*.

Por fim, a pouca convergência entre o que é previsto na vasta legislação que conforma os mecanismos de controle e fiscalização deste sistema e a sua aplicação prática deixa clara a distância a ser percorrida para que se possa ter um pouco de confiança quanto à efetiva aplicação destes recursos na atividade fim da saúde.

Este capítulo está dividido em duas seções. A primeira vai tratar dos mecanismos de descentralização e *accountability* nas contas do sistema público de saúde no Brasil, resgatando as abordagens teóricas que apresentamos nos capítulos anteriores. A segunda seção está dividida em três subseções. Nela discutiremos os resultados da nossa pesquisa de campo, que se propõe a analisar o papel das instâncias de controle e fiscalização dos recursos destinados ao sistema público de saúde nas subunidades de governo. Na primeira subseção, discutiremos os resultados da pesquisa feita junto aos Tribunais de Contas; na subseção seguinte analisaremos o papel dos Conselhos de Saúde e, por último, pesquisaremos as instâncias do SNA. Em seguida, apresentaremos as considerações finais desta dissertação.

IV. 1. DESCENTRALIZAÇÃO E *ACCOUNTABILITY* NAS CONTAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Nesta seção buscaremos discutir, de maneira sucinta, os processos de transferências de recursos públicos para a saúde nas subunidades de governo, a partir do processo de descentralização fiscal e política, ressaltando a importância da transparência nestas contas. Procuraremos enfatizar a importância dos mecanismos de controle e fiscalização para o aprimoramento do processo de *accountability* no Brasil, destacando as fragilidades de sua institucionalização na área da saúde.

A partir daí, centraremos nossa atenção nos aspectos relacionados com os processos de auditoria, controle e fiscalização realizados no sistema público de saúde, em um cenário regido pelos preceitos da Constituição de 1988, que consagrou os princípios da descentralização política e fiscal, tornando essencial a estruturação de mecanismos de controle e fiscalização, de modo a certificar a correta aplicação destes recursos, que são transferidos para estas subunidades de governo através de repasses diretos.

Neste ponto, vale resgatar os objetivos deste trabalho, que se conformam a partir da definição do que se deve controlar e fiscalizar, ou seja, da alocação dos recursos públicos ao sistema de saúde, tendo em vista os mecanismos adotados de transferências intergovernamentais, estruturados como instrumento da descentralização. Os processos de auditoria, controle e fiscalização realizados nas contas do sistema público de saúde serão analisados tomando-se como princípio norteador a necessária transparência desses mecanismos e levando-se em consideração a atuação das instituições que têm essa incumbência.

Talvez seja importante recordarmos que a proposta da descentralização no Brasil, como é óbvio, não passa pela anulação do governo central. Ao contrário, atribui à esfera central um papel de programação, controle, fiscalização, regulação e coordenação dos aspectos operacionais, além do de prestar assistência técnica e financeira às subunidades de governo.

A formatação legal do processo de descentralização traz como contribuição, dentre outras, a busca por atribuir aos entes federados possibilidades de estabelecer um desenvolvimento de políticas locais com uma relativa autonomia na alocação de recursos e tomada de decisões. O governo central assume, em tese, a condição de propor e editar normas

e legislações com o propósito de garantir, nos níveis subnacionais, uma prática de comprometimento e responsabilização pela gestão pública.

Autores como Somarriba (1998) ressaltam que o processo de descentralização se justificaria como um novo formato para o aparato estatal do setor da saúde também por imprimir agilidade e ganho de eficiência. Ou seja, o processo de descentralização das políticas de saúde no Brasil teria como uma de suas características o fato de apoiar a adoção de mecanismos que viabilizem a transparência nas ações e nas contas do sistema público de saúde, instrumentalizando a implementação da *accountability* e abrindo espaço para a participação da sociedade civil nos processos decisórios, através dos Conselhos Municipais de Saúde.

Em função do processo de descentralização do sistema público de saúde, parece ter ocorrido uma excessiva alocação de responsabilidades aos governos subnacionais. Porém, ao que tudo indica, na prática os governos locais não assumiram realmente tais responsabilidades. Ao contrário, houve uma perda de referência a respeito de quem é responsável pelo quê, fato este que induziu os governos locais a transferirem parte dos seus custos para as esferas superiores de governo, passando a responder, em grande medida, apenas pelo recebimento das transferências intergovernamentais, sem contudo, manterem uma oferta de serviços de saúde pública condizente com o estabelecido pela legislação que rege este setor, conforme já ressaltado no decorrer deste trabalho.

Como forma de minimizar os abusos e as distorções em larga medida decorrentes do processo de descentralização e das formas de transferência de recursos para as subunidades de governo, é tido como um pressuposto que todo este processo estará submetido a controle e a fiscalização rígidos. Mas, conforme observamos no decorrer desta dissertação e comprovaremos adiante, ocorre um descompasso significativo entre o que é estabelecido e previsto pela legislação e as aplicações práticas de medidas destinadas a coibir atos de improbidade por parte dos gestores públicos, seja direta ou indiretamente.

Neste ponto procuramos chamar a atenção para os efeitos do processo de descentralização fiscal sobre o sistema público de saúde no Brasil. Em primeiro lugar, é importante ressaltar que cabe aos gestores do SUS, em cada subunidade de governo, com a descentralização, a função de implementar um processo de avaliação contínua dos resultados do atendimento a toda população coberta, que serviria de parâmetro para uma constante (re)orientação do planejamento das ações de saúde local, além de controlar os recursos financeiros do sistema.

De acordo com a legislação vigente, deve ocorrer, periodicamente, em cada localidade, o controle e a fiscalização da gestão local do SUS, os quais devem avaliar a quantidade e a qualidade da prestação de serviços de saúde pelos municípios e por terceiros, conveniados ou contratados, e a aplicação destes recursos, assim como os resultados alcançados. Esta avaliação deveria ocorrer através de auditorias realizadas de forma independente nas instâncias locais de saúde, cujos resultados seriam apreciados e avaliados com a participação do Conselho de Saúde, de modo a proporcionar transparência tanto no repasse como na utilização dos recursos financeiros provenientes da União, dos estados e das contrapartidas destas localidades.

Segundo a legislação que define o formato e a condução do sistema público de saúde, os gestores do SUS de cada localidade devem fornecer trimestralmente, aos Conselhos de Saúde e às entidades representativas da sociedade civil, as diretrizes orçamentárias propostas para o exercício, assim como o orçamento e a sua respectiva execução. Ficam, portanto, teoricamente obrigados a divulgar, de forma clara e objetiva, todas as informações sobre as receitas e despesas das Secretarias e/ou Fundos de Saúde para as instituições e para a sociedade, através, inclusive, de veículos de comunicação de massa, de modo a garantir a eficácia dos mecanismos de fiscalização e a transparência na utilização destes recursos públicos. Adicionalmente, o Ministério da Saúde deve publicar, no Diário Oficial da União (DOU), o montante de recursos repassados aos estados e municípios¹. A partir dessas informações, ficaria a cargo dos Conselhos de Saúde ou mesmo de qualquer cidadão a fiscalização dos recursos do SUS.

Adicionalmente, é atribuição dos Tribunais de Contas efetuar a fiscalização técnica dos repasses de recursos públicos para o SUS, de modo a contribuir para que sejam evitados desvios, encaminhando cópia das suas inspeções aos Conselhos de Saúde para conhecimento e tomada de providências, quando cabíveis.

Embora estas considerações normativas previstas na legislação contribuam para a compreensão dos mecanismos de controle e fiscalização dos recursos destinados à saúde pública, na verdade parece que elas não são seguidas na prática.

Como medidas de convencimento ou para garantir a adesão das subunidades de governo ao processo de descentralização proposto pelo governo federal, foram condicionadas as transferências de recursos das unidades superiores para as diversas localidades, conforme já visto. Contudo, a idéia de que, por meio de medidas descentralizadas, houvesse maior

¹ Ver artigo 4º, § 4º da lei 8.689/1993.

accountability, bem como uma maior proximidade da sociedade ao poder público, ao que parece não se materializou na prática. A participação social, no sentido de exigir mais transparência nas ações e nos gastos públicos, como um desdobramento deste processo de descentralização, parece que não ocorreu, ou ocorreu minimamente, como veremos neste capítulo.

Uma outra questão que nos parece igualmente importante diz respeito aos precários mecanismos de controle da maneira como estes recursos repassados vão ser usados pelas subunidades de governo. Ou seja, ocorre a transferência, mas parece que não se monitora ou não se fiscaliza o seu uso pelos entes federados.

Em uma análise mais aprofundada dos subsistemas da saúde no Brasil, tanto o público como o privado, podemos observar que, apesar das medidas de descentralização ocorridas na saúde, a partir da Constituição de 1988, com a formação do SUS, em que foram estabelecidos critérios para as transferências de recursos públicos para as subunidades de governo, não houve uma concomitante atribuição de responsabilidades aos entes federados quanto à garantia da probidade na utilização destes recursos, conforme frisado anteriormente. Assim, o sistema permaneceu orientado por políticas de compra de serviços do subsistema privado de saúde e pela falta de transparência em relação aos gastos deste sistema².

Medidas como a criação dos Conselhos de Saúde parece que não foram suficientes para a consolidação de uma maior disponibilidade de informações e para aumentar o envolvimento da população com os processos decisórios, visando a transparência na alocação destes recursos. Com efeito, o papel que os conselhos têm de controle e fiscalização destas contas passa despercebido da grande maioria da população. Vale ressaltar que a criação destes conselhos ocorre, em alguns casos, visando garantir o recebimento dos recursos, e não como resultado da busca de conformação de um mecanismo efetivo de participação popular.

Com instituições pouco atuantes no controle e na fiscalização dos recursos públicos, e, também, dada a fragilidade da participação social, abre-se espaço para que esta opacidade das ações e gastos públicos se torne mais constante. Neste sentido, as fragilidades tanto dos mecanismos de *accountability* horizontal como da *accountability* societal acabam por minimizar os efeitos positivos da *accountability* vertical, pois, amparando-se em informações débeis proporcionadas por instituições pouco comprometidas, vê debilitada a sua condição crítica durante o processo eleitoral.

² De acordo com o artigo 24 da lei 8.080/1990 e a portaria 3.925/1998, toda compra de serviço efetuada no âmbito do SUS deve ser lastreada por contrato ou convênio, devendo constar do contrato ou convênio o tipo de serviço que está sendo contratado ou conveniado e o valor a ser pago por estes serviços.

Na próxima seção, analisaremos os instrumentais disponíveis para a atuação das três agências de controle e fiscalização dos recursos destinados ao sistema público de saúde no Brasil, quais sejam: os Tribunais de Contas, os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria. A análise será focada, principalmente, no controle das contas do sistema público de saúde, avaliando os procedimentos adotados para a realização de auditorias contábeis e financeiras junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde. Procuraremos discutir também as formas como os resultados destes trabalhos são repassados para os usuários do sistema público de saúde e para a sociedade como um todo. Verificaremos, através de pesquisas documentais e de entrevistas, qual a real participação destas instituições no controle e na fiscalização destas contas. Desse modo, esperamos ter condições de visualizar os resultados dos processos de auditoria realizados por estes órgãos no setor público de saúde no Brasil e de avaliar as formas de divulgação dos resultados destes trabalhos.

IV. 2. INSTITUIÇÕES DE FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Nesta seção serão analisadas as entrevistas e pesquisas documentais feitas junto às instituições de fiscalização e controle dos recursos alocados para a saúde pública no Brasil. Foram pesquisadas as seguintes instâncias: o Tribunal de Contas da União (TCU), na sua Secretaria de Controle Externo para Minas Gerais (Secex-MG), e o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG); o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG); o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH) e, por fim, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Pesquisamos o SNA Federal na sua representação em Minas Gerais, situada na unidade do Ministério da Saúde em Minas Gerais. O SNA Estadual está instalado na Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG) e o SNA Municipal situa-se na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH).

No TCU (Secex-MG), realizamos as entrevistas objetivando a obtenção de informações sobre a ocorrência de auditorias voltadas especificamente para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde. Como no Brasil o controle e a fiscalização são de responsabilidade do ente repassador de recursos, como dito anteriormente, e como o SUS tem uma parcela significativa de recursos federais, seria de se esperar que encontrássemos um número mais expressivo de demandas por estes serviços de auditoria feitas à Secex-MG, que é uma

instância vinculada ao TCU. No entanto, os resultados obtidos com as pesquisas não corresponderam a esta expectativa, conforme será discutido mais adiante.

No TCE-MG, foram realizadas entrevistas no Departamento de Auditoria Externa (DAE), na Coordenadoria de Área de Análise de Contas do Executivo Municipal (CAE) e no Departamento de Auditoria Municipal (DAM). Os resultados dessas entrevistas serão apresentados na subseção destinada a discutir o papel dos Tribunais de Contas. Cabe ressaltar que não tivemos acesso aos relatórios ou trabalhos de auditoria realizados por este órgão, uma vez que esses trabalhos são decorrência de denúncias, o que passa a requerer um caráter sigiloso para esses processos e, de acordo com as normas internas, eles não podem ser divulgados. Essa importante questão será discutida no decorrer desta seção.

Cabe lembrar que, em Belo Horizonte, não há Tribunal de Contas de Municípios (TCM), como já destacado.

Também foram realizadas entrevistas junto ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) e ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH). A decisão de restringir a pesquisa a essas duas instâncias justifica-se pela impossibilidade de realizarmos pesquisas em todos os milhares de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde.

Por último, a pesquisa será voltada para o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), nas três esferas de governo. As pesquisas foram efetuadas nas instâncias do Ministério da Saúde, unidade de Minas Gerais, para o caso do SNA Federal. Visando uma avaliação dos SNA Estadual e Municipal, realizamos entrevistas e pesquisas documentais nestes órgãos, em Belo Horizonte. Optamos por realizar esses trabalhos nas instâncias de Belo Horizonte, uma vez que, dado o escopo deste trabalho, seria impossível a sua realização em outras localidades.

Os trabalhos de auditoria realizados pelo SNA Federal não nos foram disponibilizados, segundo a justificativa de que essas são auditorias realizadas a partir de denúncias e que, de acordo com as normas de funcionamento deste órgão, são sigilosas e de circulação interna. As implicações dessa restrição serão discutidas mais adiante. No SNA Estadual as entrevistas foram realizadas, com o diretor deste órgão e com o responsável pelo departamento contábil e financeiro. Neste órgão tivemos acesso aos relatórios de auditoria existentes. Quanto ao SNA Municipal, em Belo Horizonte, as informações que obtivemos demonstram que os trabalhos realizados por esta instância são voltados, unicamente, para as auditorias assistenciais e/ou médicas, tendo em vista que os profissionais que atuam neste órgão apresentam formação específica na área de saúde.

IV. 2.1. O PAPEL DOS TRIBUNAIS DE CONTAS

Nesta primeira parte da pesquisa empírica, realizamos entrevistas junto aos Tribunais de Contas. Este trabalho foi direcionado para a averiguação dos procedimentos adotados por estas instituições no controle e na fiscalização dos recursos repassados aos entes federados para o sistema de saúde pública. Foram pesquisados nesta etapa do trabalho o Tribunal de Contas da União (TCU), na sua Secretaria de Controle Externo para Minas Gerais (Secex-MG), e o Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG).

O propósito desta pesquisa foi averiguar o processo de execução das auditorias voltadas especificamente para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde. Procuramos identificar, também, os motivos que levaram à realização desses trabalhos.

Avaliamos ainda a forma de divulgação dos resultados destes trabalhos, ou seja, como são publicados estes relatórios ou pareceres de auditoria, quais os veículos são usados e se eles são encaminhados aos gestores de saúde e aos conselhos específicos.

Para um entendimento mais objetivo das prerrogativas legais dos Tribunais de Contas, apresentaremos a seguir o aparato normativo que regula o funcionamento destas instâncias. A partir daí, procuraremos relacionar as atribuições legais com os resultados observados na pesquisa.

O controle externo exercido pelo TCU tem como objetivo, constitucionalmente definido, zelar pela legalidade, legitimidade e economicidade das atividades da administração pública, direta ou indireta, abrangendo agentes, órgãos e entidades públicas, assim como de qualquer atividade exercida por pessoa física ou jurídica que arrecade, guarde e gere recursos públicos (PARDINI, 1997).

Cabe ao TCU fazer o controle e a fiscalização externa sobre os atos da administração pública, a partir da análise contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, além do julgamento técnico das contas públicas ou de interesse público.

A Constituição de 1988 atribui ao TCU as seguintes funções, dentre outras: (a) **opinativas**, que se referem à expressão de opiniões pelos agentes do TCU sobre as contas do Presidente da República, bem como sobre todas as admissões, demissões, aposentadorias, etc.; (b) **corretivas**, que permitem ao TCU impugnar ato ou contrato ilegal, aplicar multas e outras penalidades; (c) **fiscalização**, que confere ao TCU a prerrogativa de executar inspeções e auditorias, assim como fiscalizar a aplicação de recursos públicos federais; e (d)

jurisdicionais, que se referem ao julgamento de toda e qualquer conta pública ou de interesse público.

A Lei Orgânica do TCU³ determina o cumprimento de funções que visam apoiar tecnicamente as atividades de controle exercidas pelo Congresso Nacional, merecendo destaque: (a) apreciar e emitir parecer prévio sobre as contas do Presidente da República; (b) realizar inspeções e auditorias de caráter contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial, por iniciativa do órgão Legislativo, nas unidades administrativas dos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e demais entidades da administração direta e/ou indireta; (c) prestar informações solicitadas pelo poder Legislativo sobre resultados de auditorias e/ou inspeções realizadas; e (d) comunicar ao Congresso Nacional a sustação da execução de ato impugnado por ilegalidade (PARDINI, 1997).

Para controlar a administração direta e a indireta, as atividades do TCU foram descentralizadas territorialmente, sendo criadas as Secex's em todos os estados da Federação, que são órgãos do TCU em todo o país.

No tocante às atribuições do TCE-MG, a sua jurisdição para a realização de auditorias e/ou inspeções abrange, dentre outras: (a) a pessoa física ou jurídica, o administrador ou responsável por unidade ou entidade das administrações públicas estadual e municipal que gerencie ou administre recursos públicos; (b) situações de extravio ou outra irregularidade que resulte em dano ao erário estadual ou municipal; (c) os dirigentes ou liquidantes das empresas ou entidades sob intervenção; (d) os responsáveis pelas contas estaduais ou municipais das empresas de cujo capital social o estado ou o município participe, de forma direta ou indireta; (e) os responsáveis por entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado que recebam contribuições ou subvenções do poder público estadual ou municipal; (f) todos aqueles que lhe devam prestar contas ou cujos atos estejam sujeitos à sua fiscalização; (g) os responsáveis pela aplicação de quaisquer recursos repassados pelo estado e/ou município; (h) os sucessores dos administradores e responsáveis jurisdicionados às instâncias do Tribunal de Contas; e (i) os representantes do estado e/ou do município que venham a praticar atos de improbidade administrativa, em empresas estatais e/ou sociedades anônimas com participação no capital social (TCE-MG, 1998).

Uma vez definido legalmente o escopo de atuação do TCE-MG, cabe reiterar que o controle externo das administrações públicas estaduais e municipais compreende a

³ Ver lei nº 8.443 de 1992.

fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial do estado e do município e das entidades das respectivas administrações indiretas.

Nesse contexto, são objeto de exame das auditorias e inspeções⁴: (a) os sistemas administrativo, contábil, financeiro, orçamentário, patrimonial e operacional das unidades administrativas dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, de órgãos e entidades do estado e/ou município, bem como entidades das respectivas administrações indiretas; (b) os atos de que resulte receita ou despesa, praticados pelos atores públicos sob a jurisdição do TCE-MG; (c) as contas das empresas supranacionais, de cujo capital social o estado e/ou município participe de forma direta ou indireta; (d) a aplicação de quaisquer recursos repassados pelo próprio estado, por autarquias, fundações instituídas e mantidas pelo poder público e demais órgãos e entidades da administração estadual; (e) a aplicação de recursos transferidos como subvenção, auxílio e contribuição; e (f) a aplicação de recursos públicos estaduais e/ou municipais repassados a entidades dotadas de personalidade jurídica de direito privado.

São tipos de auditorias realizadas pelo TCE-MG: (a) auditoria contábil-financeira; (b) auditoria de cumprimento; (c) auditoria operacional; e (d) auditoria integrada.

A **auditoria contábil-financeira** tem como propósito obter elementos comprobatórios que permitam opinar se os registros contábeis foram efetuados de acordo com os princípios da contabilidade e se as demonstrações deles originadas refletem, adequadamente, a situação econômico-financeira do patrimônio público, os resultados do período examinado e as demais situações nelas demonstradas.

Os objetivos da **auditoria de cumprimento** estão relacionados com as evidências que permitam opinar sobre a legalidade de atos praticados e sobre o cumprimento das disposições legais, contratos, convênios, acordos e outros ajustes, aos quais está sujeito o órgão e/ou entidade.

A **auditoria operacional** destina-se a averiguar se o ente auditado vem cumprindo com as metas programadas e a avaliar a execução dos objetivos previstos na legislação, segundo os princípios da economia, da eficiência e da eficácia, sem prejuízo do exame da legalidade e do cumprimento das normas e regulamentos aplicáveis.

A **auditoria integrada** incorpora todos os propósitos inerentes às auditorias contábil-financeira, de cumprimento e operacional.

⁴ Estes trabalhos têm por objetivo propiciar conhecimento geral dos órgãos e entidades da administração direta, indireta e fundacional dos entes federados e avaliar suas operações, atividades e sistemas de gerenciamento e

Já as **inspeções** têm por objetivo suprir omissões e lacunas de informações observadas nas prestações de contas, em relatórios de auditoria ou em pareceres técnicos. Visam, portanto, esclarecer dúvidas ou, ainda, apurar denúncias quanto à legalidade e legitimidade de atos e fatos da administração e de atos administrativos praticados por qualquer sujeito responsável pelo controle e pela fiscalização do Tribunal de Contas (TCE-MG, 1998).

As inspeções vão se dividir em ordinárias, extraordinárias e especial. A **inspeção ordinária** é realizada segundo um cronograma previamente preparado pelas diretorias técnicas e aprovado pelo presidente do Tribunal de Contas, abrangendo todas as subunidades de governo sob fiscalização. Vale lembrar que, mesmo estando prevista esta abrangência para todos os entes federados, tais processos não ocorrem na sua totalidade, tendo em vista a vasta quantidade de órgãos a serem fiscalizados, conforme se discutirá mais adiante. A inspeção ordinária pode ser restrita a um determinado programa, projeto, atividade, sistema ou setor do órgão, entidade ou fundo sob fiscalização.

Já a **inspeção extraordinária** ocorre em caráter urgente e imediato. Tem a sua amplitude e profundidade definidas *ad hoc*. A necessidade de realização deste tipo de inspeção será determinada pelos conselheiros de cada Tribunal de Contas, ao tomarem conhecimento de ocorrências que justifiquem apuração imediata. Tais inspeções vão ser, na maioria das vezes, decorrentes de denúncias.

A **inspeção especial** é realizada independentemente de uma programação prévia, objetivando suprir omissões ou falhas provenientes das estruturas administrativas dos entes federados, bem como para esclarecer aspectos relativos a ações, documentos ou processos em exame.

Os Tribunais de Contas utilizam-se de planejamentos prévios, das inspeções ordinárias e das auditorias de regularidade, operacional e integrada. Este processo é cristalizado no Plano Anual de Inspeções Ordinárias e Auditorias⁵ e pautado pelas normas gerais e por procedimentos próprios aplicáveis a cada caso.

Os critérios para a inclusão de determinada entidade e/ou órgão a ser inspecionado ou auditado serão estabelecidos por este Plano Anual de Inspeções Ordinárias e Auditorias e deverão levar em conta: (a) o grau de importância sócio-econômica do órgão e/ou entidade;

controle interno, bem como a execução e os resultados alcançados pelos programas de governo (TCE-MG, 1998).

⁵ O Plano Anual de Inspeções Ordinárias e Auditorias será consolidado pelas diretorias técnicas e aprovado pelo presidente do TCE-MG, destacando-se: (a) modalidades das inspeções e auditorias propostas; (b) áreas, setores ou programas a serem examinados; (c) período a ser abrangido pelas inspeções e/ou auditorias; (d) previsão do tempo necessário para execução dos trabalhos; e (e) estimativa do custo para a execução dos trabalhos planejados (TCE-MG, 1998).

(b) o volume de recursos geridos; (c) indícios de deficiências nos sistemas de controle interno; (d) indicadores obtidos a partir da análise das demonstrações financeiras; (e) a ocorrência de déficits orçamentários continuados; (f) informações veiculadas pelos meios de comunicação; (g) o lapso temporal decorrido desde a última inspeção e/ou auditoria; e (h) a existência de áreas críticas identificadas em trabalhos anteriores e ainda não auditadas (TCE-MG, 1998).

Vale ressaltar que, em se tratando de município que apresente déficit orçamentário, ou que não venha cumprindo programas institucionais, a realização de inspeção ou auditoria será prioritária.

No entanto, para a elaboração, encaminhamento e acompanhamento deste Plano Anual de Inspeções Ordinárias e Auditorias, deve-se compatibilizar o número de funcionários existentes com a quantidade dos trabalhos selecionados a partir dos critérios estabelecidos, reservando-se um número de funcionários para a execução de inspeções e auditorias de caráter extraordinário e/ou emergencial.

Na execução de uma determinada auditoria, a adoção de amostragens⁶ pode ser aplicada pelo auditor, na extensão e profundidade julgadas necessárias, observados os critérios estabelecidos pelo Tribunal de Contas. Na hipótese de verificação de irregularidade, o exame será aprofundado, podendo abranger até a totalidade das contas e dos documentos comprobatórios pertinentes.

Feita esta sumária apresentação dos padrões normativos para o funcionamento dos Tribunais de Contas, partiremos agora para uma análise dos resultados de nossa pesquisa empírica. Primeiramente, exporemos os resultados da nossa pesquisa junto à Secex-MG, instância estadual do TCU, para, em seguida, analisarmos o papel do TCE-MG.

Na Secex-MG realizamos duas entrevistas. Elas foram direcionadas para a obtenção de informações sobre a realização dos trabalhos de auditorias nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

Na entrevista realizada com uma funcionária deste órgão, foi-nos dito que os trabalhos de auditoria nas contas do sistema público de saúde podem ocorrer em situações de denúncia ou quando há um planejamento específico para a sua realização. Não tivemos acesso a nenhuma auditoria realizada nas contas das Secretarias e/ou Fundos de Saúde, porque, segundo nos foi informado, tais trabalhos não foram realizados pela Secex-MG. Foi-nos dito, também, que as ações de auditoria nas contas das Secretarias e/ou Fundos de Saúde fogem

⁶ A amostragem é o processo pelo qual se obtém informação sobre um todo (a população) examinando-se uma parte do mesmo (a amostra). Constitui-se, portanto, no suporte de todo o trabalho desenvolvido pelo auditor, que

dos procedimentos de rotina da Secex-MG, tendo em vista, sobretudo, o número reduzido de profissionais⁷ alocados neste órgão e as especificidades destes trabalhos.

Na outra entrevista que realizamos, nos foi dito por um Analista de Controle Externo da Secex-MG que os trabalhos de auditoria são determinados através de planejamentos prévios, sendo escalonados de acordo com uma metodologia definida pela diretoria e aprovada pelo TCU em Brasília. Estes trabalhos são realizados quando envolvem recursos de origem federal. Ou seja, segundo nos foi informado, na ocorrência de trabalhos de auditoria voltados pra a área da saúde a Secex-MG avalia apenas os recursos de origem federal transferidos pelo SUS.

Segundo este funcionário, não há interação entre os trabalhos realizados pela Secex-MG e por outras instâncias de controle e fiscalização, como os TCE's. Também é mínima a comunicação entre estes órgãos. Esta falta de comunicação entre tais instâncias pode gerar duplicidade nos trabalhos ou, mesmo, opiniões divergentes sobre determinado aspecto.

De acordo com esse técnico, as principais dificuldades encontradas na realização dos trabalhos de auditoria, de uma maneira geral, podem ser atribuídas ao número reduzido de funcionários para esta função e, também, às especificidades dos trabalhos de auditoria.

Na seqüência da nossa pesquisa, efetuamos as seguintes entrevistas no Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG): com a funcionária responsável pelo Departamento de Auditoria Externa (DAE), com o coordenador da Coordenadoria de Área de Análise de Contas do Executivo Municipal (CAE) e com o diretor do Departamento de Auditoria Municipal (DAM).

Também nesta agência não tivemos acesso aos documentos referentes à realização de auditorias específicas junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde. A razão para se negar o acesso aos trabalhos de auditoria realizados nestas contas foi a necessidade de sigilo destas ações, visto que são respostas a denúncias externas ao TCE-MG.

Os trabalhos de auditoria realizados pelo TCE-MG são efetuados em todas as contas do ente federado e vão compor o balanço geral de cada prefeitura. Ou seja, mesmo quando os Tribunais de Contas realizam estes trabalhos de auditoria, não apresentam as especificidades determinantes dos processos de auditoria, como balanços ou pareceres próprios para estas contas.

deverá conter a descrição dos procedimentos adotados, das informações utilizadas, das verificações a que procedeu, dos testes executados e das conclusões obtidas.

⁷ A área técnica da Secex-MG conta com 27 auditores.

De acordo com a funcionária do Departamento de Auditoria Externa, os procedimentos que pautam as auditorias realizadas pelo TCE estão previstos na Lei Orgânica do TCE-MG⁸, atualizada pelas Instruções Normativas (IN) que a complementam a cada ano, dando as diretrizes para o cumprimento dos trabalhos durante o exercício.

Conforme afirmação da referida funcionária, as auditorias realizadas pelo TCE-MG não estão subordinadas ao TCU, sendo realizadas de forma autônoma. A comunicabilidade entre essas instâncias é precária, conforme já referido anteriormente.

O coordenador da Coordenadoria de Área de Análise de Contas do Executivo Municipal ressaltou o fato de a realização de auditorias nos municípios ocorrer a cada encerramento de exercício fiscal. Contudo, por se tratar de uma quantidade muito grande de municípios no estado de Minas Gerais (853 municípios), os escalonamentos para a execução destes trabalhos são previstos de acordo com critérios internos, estabelecidos pela presidência da instituição. Retomaremos esta discussão mais adiante, ainda nesta subseção.

Os trabalhos de auditoria não são necessariamente realizados *in loco*. Na maioria dos casos, as próprias prefeituras remetem os balanços a serem analisados pelos auditores do TCE-MG, através de arquivos magnéticos, que são enviados por internet até o dia 31 de março de cada ano, que é o prazo limite para tal remessa. Nestes casos, são enviados os relatórios contendo o balanço das contas realizadas pela prefeitura durante o exercício sob análise, os quais são confeccionados pela área técnica ou pelo departamento de auditoria interna⁹ de cada municipalidade, quando existir este departamento de auditoria interna no município.

Em relação às auditorias internas dos entes federados, está prevista na Resolução do TCE-MG¹⁰ a necessidade de avaliação dos controles internos, sendo que a amplitude desses trabalhos vai variar de acordo com os objetivos e a abrangência da auditoria.

Neste ponto, vale ressaltar novamente que este formato burocrático adotado para o sistema de auditoria, controle e fiscalização pode implicar a perda de independência. Tal condição pode ocorrer a partir do momento em que o Executivo municipal controla tanto a

⁸ Lei Complementar nº 33 de 1994.

⁹ Ver artigo 31 da Constituição Federal de 1988. Vale lembrar que o sistema de controle interno compreende as políticas e procedimentos estabelecidos pela administração de um órgão e/ou entidade para ajudar a alcançar os objetivos e metas propostas e assegurar o desenvolvimento ordenado e eficiente das operações, incluindo a adesão às políticas e procedimentos administrativos, a salvaguarda dos ativos, a prevenção e identificação de fraudes e erros, o registro completo e correto das transações. Os sistemas de controle instituídos no âmbito do órgão e/ou entidade devem, ainda, ser capazes de minimizar a ocorrência de impropriedades ou irregularidades que possam ocorrer no fluxo operacional. A auditoria interna se caracteriza como um dos elementos do sistema de controle interno, desempenhando uma função de controle gerencial.

¹⁰ Resolução nº 10 do TCE-MG, de 1998.

área técnica como a auditoria interna, seja pela nomeação dos funcionários para esta função seja através de pressões por resultados. Adicionalmente, as auditorias externas realizadas pelos Tribunais de Contas, cujo princípio de independência foi questionado anteriormente, tendem a analisar somente os relatórios feitos pelas auditorias internas dos municípios, que são auditorias voltadas, basicamente, para o processo orçamentário, não se atendo de forma mais precisa e pontual ao levantamento das contas contábeis e financeiras dos entes auditados, o que descaracteriza estes mecanismos como fontes de controle e de fiscalização dos gastos efetuados pelo ente federado. Para uma discussão específica da importância destes trabalhos de auditoria contábil e financeira, realizados de forma independente, vale observar o que apresentamos como um exercício no Anexo III desta dissertação. Neste anexo, efetuamos um breve exercício comparando as atribuições e finalidades dos trabalhos de auditoria externa das contas públicas dos sistemas de saúde com os procedimentos adotados pela esfera privada.

Nos trabalhos de auditoria efetuados pelo TCE-MG nas contas públicas das subunidades de governo, são analisados e julgados os procedimentos adotados, ou seja, a forma com que foram executados os procedimentos durante o exercício. As contas são avaliadas de forma sintética, englobando as despesas e receitas referentes às diversas linhas que compõem o balanço da prefeitura. Cabe ressaltar que este formato adotado pela auditoria do TCE-MG parece ser insuficiente para uma análise mais detalhada destas contas, uma vez que a movimentação dos recursos nesta conta não tem como ser evidenciada desta forma.

Um outro aspecto que mereceu a nossa atenção em relação às auditorias do TCE-MG refere-se à tempestividade¹¹ destes trabalhos. Ou seja, grande parte das auditorias realizadas por esta agência de *accountability* horizontal são relativas a exercícios mais antigos, até mesmo de mandatos já encerrados. Isto quer dizer que uma parcela significativa dos trabalhos realizados pelo TCE-MG, além de considerar para efeito das análises as contas de forma agregada, parece concentrar-se em exercícios mais antigos. Essa informação demonstra, mais uma vez, a fragilidade deste sistema de controle e fiscalização dos recursos públicos transferidos para as subunidades descentralizadas de governo.

Cabe, aqui, chamarmos a atenção para as ocorrências de auditorias realizadas pelo TCE-MG para uma secretaria específica, como a Secretaria de Saúde, que é o objeto do nosso trabalho. Neste caso, foi-nos dito que os trabalhos específicos nestas contas são feitos apenas a partir da efetivação de denúncias.

¹¹ O princípio da tempestividade está relacionado ao cumprimento de qualquer ato no tempo convencional ou previamente estabelecido.

Dando seqüência às nossas pesquisas no TCE-MG, realizamos entrevistas com o funcionário responsável pelo Departamento de Auditoria Municipal no TCE-MG. Este funcionário confirmou e detalhou a metodologia anunciada anteriormente. Ou seja, os trabalhos de inspeção e auditoria nas contas das subunidades de governo são realizados *in loco* em um universo de 100 municípios, que representam, aproximadamente, uma arrecadação de 85% do total das receitas do estado. Os demais municípios (753) vão ser escalonados de acordo com os critérios internos estabelecidos pela presidência do TCE-MG e atualizados pelas Instruções Normativas.

Para aumentar esta amostra dos 100 municípios com maior arrecadação fiscal no estado, foi-nos dito, ainda, que estes trabalhos de auditoria são realizados, também, em algumas localidades próximas a estes 100 municípios. Este recorte é justificado com o argumento de que, por serem próximas às cidades onde ordinariamente são realizados estes trabalhos de auditoria, este procedimento reduziria os custos destas fiscalizações e o tempo de execução destes trabalhos, aproveitando o deslocamento das equipes encarregadas.

Uma vez concluído o planejamento pelo Departamento de Auditoria dos Municípios, são divididas as equipes de auditores que se encarregarão dos trabalhos de campo. Estas auditorias são realizadas *in loco*, de acordo com o cronograma definido na metodologia relatada anteriormente. Estes trabalhos ocorrem durante todo o ano, nos municípios estabelecidos no escopo da amostra. Normalmente, as equipes são compostas de quatro a seis funcionários, podendo exceder este número, dependendo do caso. Vale ressaltar que este departamento possui um total de apenas 120 funcionários.

Dos municípios integrantes da amostra adotada pelo TCE-MG em 2002, até o mês de outubro deste mesmo ano foram realizadas auditorias em 41 cidades e incluídas, para cada uma, em média, duas outras localidades de menor porte no seu entorno. Portanto, parece que mesmo adotando a amostragem como critério para a realização de auditoria, o TCE-MG não irá conseguir cumprir com o cronograma estabelecido.

Nestas auditorias os trabalhos foram realizados em todas as contas da prefeitura, da câmara de vereadores, das autarquias e órgãos da administração indireta. Nestes casos, foram incluídas as Secretarias e/ou Fundos de Saúde, mas, conforme dito anteriormente, são auditorias de cunho orçamentário e que fogem do escopo da nossa pesquisa.

Todavia, as auditorias efetuadas nestas contas, conforme nos foi dito pelo funcionário do setor, não apresentam os resultados comumente observados nos trabalhos realizados pelas auditorias independentes, como um balanço patrimonial próprio para esta conta, validado pelo parecer de uma auditoria independente. Adicionalmente, não ocorre a divulgação dos

resultados alcançados pela auditoria. Neste sentido, tem-se que os levantamentos efetuados nestas contas vão apenas compor o balanço geral de cada prefeitura. Estes procedimentos adotados pelo TCE-MG parecem não cumprir com o propósito de garantir transparência para estas contas, pois dificultam uma análise mais aprofundada dos seus resultados ao não apresentarem movimentações destes valores no decorrer do exercício, conforme dito anteriormente. Este procedimento parece ilustrar a insuficiência destes trabalhos de auditoria.

As municipalidades inseridas na amostra normalmente são auditadas em mais de um exercício, em trabalhos que duram, em média, de oito a 10 dias, durante os quais são averiguadas todas as contas relativas à prefeitura, à câmara de vereadores, instituições da administração indireta, dentre outras, demarcadas pelo planejamento prévio da auditoria ou que suscitarem alguma dúvida em relação à sua probidade.

No entanto, a realização de auditorias com esta amplitude, em todas as localidades do estado, parece fugir das atuais condições do TCE-MG, evidenciando um distanciamento entre os objetivos estabelecidos nestes trabalhos de auditoria e a capacidade da instituição em realizá-los.

Foi-nos informado, também, que, para ampliar esta amostra, o TCE-MG teria que reduzir a amplitude dos trabalhos e o número de exercícios analisados ou, então, efetuar novas contratações para o seu quadro de funcionários.

Neste ponto, devemos esclarecer a informação que obtivemos do funcionário do TCE-MG sobre o número de exercícios auditados por esta instância. Normalmente é auditado apenas o exercício anterior, ou seja, apenas um único ano. Mas, por se tratar de um número muito extenso de municipalidades (além de autarquias, fundações, secretarias de estado, assembléia, dentre outras) que necessitam, por força legal, ser auditados, não há como proceder estas auditorias anualmente, ocorrendo apenas o envio das contas do balanço anual da prefeitura por meio de arquivos magnéticos, por internet. Ou seja, na grande maioria dos casos, não ocorrem auditorias *in loco*, conforme já mencionado anteriormente. Desse modo, quando uma localidade é inserida no planejamento para a realização de auditorias *in loco*, há uma recomendação legal para se estender o número de exercícios a serem avaliados pela auditoria do TCE-MG. Isto ocorre por se tratar de localidades que comumente não são auditadas pelo TCE-MG. Deste modo, parece que não há como ter uma tempestividade em relação a estes trabalhos de auditoria realizados pelos Tribunais de Contas.

De acordo com o funcionário acima referido, a realização destes trabalhos específicos nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde pode se dar apenas a partir de denúncias, conforme já dito. No entanto, não nos foi informada qualquer ocorrência desse tipo junto ao TCE-MG,

mesmo porque, por se tratar de auditorias deflagradas por denúncias externas, de acordo com as normas deste Tribunal, não podem ser divulgadas.

Aqui, devemos ressaltar as implicações deste impedimento ao acesso a certas informações. Mesmo não tendo uma demanda periódica e regular por estes trabalhos, uma vez que são deflagrados por agentes externos, nos questionamos quanto à impossibilidade legal de se publicizar os resultados. Realmente, a nosso ver, não fazem muito sentido as restrições quanto à publicização dos resultados destas auditorias e/ou inspeções, pois, fazendo-se um paralelo com os propósitos das auditorias privadas, enquanto os balanços publicados de uma determinada empresa têm como objetivo, dentre outros, informar os investidores e os potenciais investidores da real situação contábil e financeira desta entidade, não nos parece plausível a restrição existente quanto à divulgação dos resultados destes trabalhos efetuados junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, mesmo que tenham sido deflagrados por meio de denúncias. Nestes casos, interessa ao usuário e ao cidadão saber dos serviços de saúde a real situação financeira destas contas, uma vez que são os próprios cidadãos os responsáveis pelo financiamento deste segmento, através do pagamento dos impostos e contribuições. Então, se ocorre qualquer ato de improbidade em relação aos recursos destinados aos serviços de saúde pública em cada localidade, não nos parece correto que tais informações não cheguem aos cidadãos.

Uma outra questão importante que merece ser ressaltada é o fato de estes trabalhos não se relacionarem ao que estamos considerando como trabalhos de auditoria, podendo ser classificados, tecnicamente, como o que chamamos de perícia¹². Esta característica pode ser atribuída a todos os trabalhos de controle e fiscalização realizados pelas agências de *accountability* horizontal que estudamos ao longo desta pesquisa. Já em relação às formas de divulgação destes trabalhos de auditoria, os resultados, na maioria das vezes, são dados em contas agregadas.

Por ter uma circulação restrita, os resultados destes trabalhos de auditoria não cumprem com o propósito da publicização dessas informações. Isto se agrava ao relembrarmos que se trata da avaliação de uma conta que é pública, com financiamento oriundo de impostos e contribuições dos cidadãos. Portanto, a circulação seletiva destes relatórios não contribui para a transparência nestas contas, fragilizando, ainda mais, os mecanismos de *accountability* existentes para a saúde no Brasil.

¹² Tecnicamente, a perícia é entendida como a realização de trabalhos de averiguação de uma demanda específica. Ou seja, são trabalhos realizados com propósitos estabelecidos previamente, a partir de uma denúncia, por exemplo. O conceito de auditoria foi dado na nota 1 do primeiro capítulo desta dissertação.

Nos trabalhos que realizamos junto às instâncias de controle e fiscalização dos gastos públicos na área da saúde, constatamos que a única forma de atuação do TCE-MG na execução dos trabalhos de auditoria externa, junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, ocorre a partir de casos específicos e esporádicos de denúncias, não havendo, portanto, um acompanhamento regular e periódico dessas contas. A ocorrência de auditorias nestas contas não nos foi apresentada, e nem tão pouco os “papéis de trabalhos¹³” ou os resultados das auditorias que porventura tenham sido realizadas.

Na próxima subseção analisaremos os procedimentos práticos adotados pelos Conselhos de Saúde no controle e na fiscalização dos recursos destinados ao setor público de saúde. Ou seja, nossa atenção estará concentrada nos mecanismos utilizados por estes órgãos no sentido da averiguação da probidade orçamentária, financeira e contábil das contas das Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

IV. 2.2. A PARTICIPAÇÃO POPULAR VIA CONSELHOS MUNICIPAIS NO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS RECURSOS DESTINADOS AO CUSTEIO DA SAÚDE PÚBLICA

Nesta subseção trabalharemos as informações relativas à participação dos Conselhos Municipais de Saúde no processo de controle e fiscalização dos recursos repassados para as subunidades de governo e alocados nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

Trata-se, portanto, da averiguação de uma atribuição específica destes atores sociais, prevista na legislação vigente. Verificaremos os formatos adotados para o controle financeiro e contábil dos recursos repassados via transferências intergovernamentais para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

As pesquisas junto aos Conselhos de Saúde foram efetuadas com o intuito de verificar a existência e a frequência destes controles financeiros e contábeis e as formas de publicização utilizadas por essas instâncias com o propósito de levar tais informações aos usuários do sistema público de saúde, em cada localidade.

¹³ Os “papéis de trabalho” são os levantamentos efetuados pela auditoria quando dos trabalhos de campo, contendo o conjunto de documentos e evidências com as respectivas informações e provas coletadas pela auditoria, que serão fundamentadas e darão respaldo à opinião do auditor independente, quando da formulação do seu parecer.

Para tanto, realizamos entrevistas no Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) e no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), onde também foram analisadas atas de reuniões e outros documentos.

Apesar de os propósitos estabelecidos nesta subseção estarem relacionados aos municípios e, logo, aos CMS, julgamos essencial realizarmos, também, uma pesquisa com o CES-MG, uma vez que muitas das demandas dos CMS são encaminhadas ao CES-MG. Isto ocorre pelo fato dos CMS buscarem no CES-MG amparo para a resolução dos diversos problemas enfrentados em cada localidade. No entanto, conforme verificamos, a estrutura do CES-MG é insuficiente e precária. Não foi possível pesquisar o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o que seria interessante para que pudéssemos ter uma visão dos mecanismos utilizados por esta instância para o controle e fiscalização dos recursos destinados às Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

Complementando os trabalhos de pesquisa, realizamos também entrevistas no Departamento de Auditoria Administrativa e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Controle Interno (SES-MG) e no Departamento Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH).

Porém, antes de iniciarmos nossa discussão específica, julgamos conveniente efetuarmos, também, uma análise acerca do processo de estruturação dos Conselhos de Saúde e do controle social supostamente praticado por estas instituições.

O planejamento, o controle e a fiscalização do poder público compõem algumas das prerrogativas legais dos conselhos populares, auxiliando na administração das políticas sociais e no processo de gestão e melhoria dos serviços públicos¹⁴. Apresentam como propósitos, dentre outros, a maximização dos recursos destinados às políticas públicas, com maior atenção para as ações de maior necessidade para cada comunidade. Para tanto, estes conselhos devem ser independentes e autônomos, mantendo-se isentos em relação ao poder Executivo.

¹⁴ As competências dos Conselhos de Saúde foram definidas na lei 8.142/1990. Cabe à direção do SUS em cada nível de governo apresentar, trimestralmente, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada. Quanto ao processo de fiscalização do SUS, este pode ser exercido de diversos modos e por diferentes instituições e pessoas. Os governos federal, estaduais e municipais devem apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, mensalmente, o fluxo de caixa diário de receitas fiscais e contribuições sociais por tipo de receita e despesa, a execução orçamentária, o ordenamento de despesa dos gestores e os balancetes mensais; trimestralmente, o plano de aplicação e prestação de contas e o balancete financeiro dos recursos da saúde apresentados em audiência pública na respectiva Casa Legislativa. Todos os gestores do SUS devem apresentar, mensalmente, o quanto receberam de verba e discriminar os gastos e formas de aplicação dos recursos da saúde. Contudo, conforme verificamos, estas imposições legais não se evidenciam na prática. (DODGE, 1997).

Ou seja, devem ser uma instância política e técnica externa à administração local (GOHN, 1990).

A constituição dos conselhos vai se dar em um cenário complexo de disputas entre os atores sociais envolvidos com a área em questão, o poder público e a sociedade civil, nas três esferas de governo. Neste contexto, a legislação, por si só, não elimina as disputas existentes, dado o cenário político heterogêneo e com atores com interesses díspares. Ao contrário, os conselhos foram também concebidos como arenas onde o dissenso deve ser explicitado e onde se deve buscar alternativas aceitáveis para as partes.

O processo de descentralização, como dito anteriormente, surge como um mecanismo de grande importância para a consolidação da participação popular nas decisões do poder público, sobretudo a partir da consolidação dos conselhos populares. Porém, apesar de a descentralização favorecer o desenvolvimento deste processo de participação popular, parece que ela não garantiu a sua plena democratização e efetivação. Neste novo cenário foram criados espaços institucionais que contribuíram para o surgimento de novas lideranças e para a constituição de identidades próprias destes atores sociais. Mas como o relacionamento entre os interesses variados destes atores sociais, representantes da administração pública e da sociedade civil organizada (ou seja, dos usuários e provedores dos serviços), envolve posições às vezes contraditórias, isso acaba por potencializar os conflitos existentes nesta relação (COHN, 1995).

A participação setorial da comunidade, enquanto elemento de controle social, teoricamente foi garantida com a criação dos Conselhos de Saúde, que foram organizados em todas as esferas de governo. Compreendem instituições de caráter permanente, compondo um espaço formal de representação popular, supostamente adequado às especificidades de cada localidade (PINHEIRO, 1995).

Os Conselhos de Saúde devem ter, na sua composição, a seguinte formação: 1/3 de representantes do governo, 1/3 de representantes dos usuários e 1/3 de representantes dos servidores da área da saúde, caracterizando-se, portanto, como instâncias de participação política diretamente vinculadas ao segmento da saúde.

Mesmo não sendo o foco principal da nossa atenção neste trabalho, consideramos importante o entendimento do que pode ser classificado como controle social na área da saúde. Segundo Correia (2000), o controle social na área da saúde pode ser caracterizado como um processo de fiscalização direta exercida pela sociedade na gestão dos atos e dos gastos públicos voltados para este segmento.

A partir daí ocorreria, em tese, uma apropriação pela sociedade civil organizada dos instrumentos de planejamento, fiscalização e análise dos serviços de saúde pública. Neste

sentido, poderia ocorrer uma maior interação da população com o poder público local, de modo a estabelecer restrições e listar prioridades de atuação do poder público nas políticas de saúde. Ou seja, os Conselhos de Saúde representariam canais de participação institucional objetivando o controle social sobre a coisa pública, mediante a participação direta ou mesmo delegada, através de mecanismos de pressão, nas diversas instâncias gerenciais e operativas do sistema de saúde.

No entanto, parece que o exercício do controle social na saúde, realizado pelos conselhos, apresenta resultados efetivos principalmente quando ocorre uma interação com os mecanismos de controle e de fiscalização dos recursos públicos destinados a esta área. Caso contrário, significaria apenas o processo formal e legalista desta participação popular, sem resultados práticos. No decorrer da nossa pesquisa, constatamos esta afirmação, pois, ao analisarmos os procedimentos de controle e fiscalização efetuados pelos conselhos, verificamos que ocorre uma insuficiência quanto ao entendimento dos aspectos contábeis e financeiros por parte dos conselheiros e funcionários destas instâncias. Isto, por seu turno, reflete em análises pouco criteriosas dos planos e prestações de contas apresentadas pelas Secretarias de Saúde, conforme observamos na nossa pesquisa e discutiremos em seguida.

Os Conselhos de Saúde têm função deliberativa e, também, consultiva ou função de fiscalização, de acordo com a situação. A atuação de caráter deliberativo implica que suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. A função fiscalizadora gera, para o conselho, o dever de averiguar as ações ilícitas e/ou irregularidades, comunicando a autoridade administrativa, o sistema de auditoria, o sistema de controle interno, o Tribunal de Contas e/ou o Ministério Público, conforme o caso, para que sejam tomadas as providências cabíveis. Ou seja, os resultados destes trabalhos são encaminhados a estas instâncias em casos de improbidade administrativa ou malversação dos recursos públicos. Por último, a função consultiva limita-se a explicitar a posição do conselho em relação a uma determinada consulta (DODGE, 1997).

Ainda segundo Dodge (1997), os conselhos não podem assumir a função de órgãos executivos, porque a direção do SUS é exercida, em cada esfera de governo, pelo próprio Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal¹⁵.

Contudo, a estruturação legal dos Conselhos de Saúde prevê, textualmente, que cabe a estas instâncias de participação popular a atribuição de fiscalizar as movimentações financeiras dos recursos repassados às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, além de estabelecer

¹⁵ Ver artigo 9º da lei nº 8.080/1990.

critérios para as alocações desses recursos na área. Desse modo, os espaços para a participação popular no controle e fiscalização dos recursos financeiros são institucionalizados e democratizados em cada localidade, o que supostamente tornaria as ações e os gastos mais transparentes (CORREIA, 2000).

De acordo com esta autora, os recursos destinados ao custeio da saúde pública nas subunidades de governo não apresentam uma definição clara da sua alocação. São tratados como uma “caixa preta” ou “caixa de segredos”, cujo acesso é dado apenas a setores específicos e restritos. Apresentam uma tecnificação exacerbada que, na grande maioria das vezes, os mantém distanciados dos setores mais populares (p.75).

Ou seja, as Secretarias de Saúde apresentam as contas para a aprovação aos Conselhos de Saúde de forma pouco clara. Isto, por seu turno, dificulta o seu necessário entendimento por parte dos conselheiros. Ademais, conforme constatamos nas entrevistas realizadas nestas instâncias, avaliadas adiante, parece que os conselheiros usualmente mostram-se despreparados para exercer esta função e deliberar, de forma consciente, sobre aspectos financeiros e contábeis. A dificuldade de compreensão das questões contábeis e financeiras é comum à maioria dos conselheiros, criando uma certa dependência dos serviços técnicos externos, que nem sempre tornam estas demonstrações contábeis e financeiras inteligíveis para os próprios conselheiros e para a grande maioria da população (CORREIA, 2000, p.76).

Assim, o controle realizado pelos conselheiros sobre os recursos públicos transferidos para as subunidades de governo limita-se normalmente à aprovação e/ou desaprovação das prestações de contas encaminhadas pelas Secretarias e/ou Fundos de Saúde e à solicitação de esclarecimentos, ao gestor do SUS local, sobre os gastos efetuados nesta área. Vale ressaltar que as pesquisas que efetuamos nos conselhos confirmam esta afirmação. Estas constatações, por sua vez, revelam a fragilidade destas instâncias de *accountability* societal, responsáveis pelo controle e pela fiscalização dos recursos públicos destinados a esta área. Portanto, este formato de prestação de contas, através da apresentação de receitas e despesas aos conselhos, por meio de movimentações financeiras e contábeis pouco claras, expostas de forma tecnificada, deparando-se com o pouco preparo dos atores responsáveis pelo julgamento destas contas, acaba por contribuir para a falta de transparência nestas contas, minimizando, assim, as possibilidades de implantação de um efetivo processo de *accountability* na área (CORREIA, 2000, p.135).

Um outro aspecto que compromete o bom desempenho dos conselheiros no controle e na fiscalização das prestações de contas dos recursos repassados para a área de saúde é a carência de informações sobre as movimentações mensais destes valores. Dessa forma, uma

análise comparativa fica comprometida, pois não há como evidenciar as variações das contas de receita e despesa mês a mês. Este fato é ainda mais significativo dadas as dificuldades, por parte dos conselheiros, de compreensão da linguagem contábil e financeira, o que faz com que o saber técnico acabe por obstaculizar a participação efetiva destes agentes. Aqui vale ressaltar que as dificuldades no entendimento destas contas ocorrem, sobretudo, para os representantes dos usuários (PINHEIRO, 1995).

Carvalho (1995) chama a atenção para o fato de que, mesmo havendo ampla legitimação das formas de participação popular através dos conselhos, estes mecanismos não proporcionam condições para que prevaleça a igualdade de oportunidades e de acesso às instâncias decisórias. Mesmo com a abertura de novos espaços de participação popular, as burocracias setoriais não deixarão de operar em interesse próprio, nem as camadas populares passam a ter suas necessidades atendidas.

A composição dos Conselhos de Saúde revela um quadro complexo que, de acordo com este autor, “está longe de se reduzir ao cumprimento automático da lei”. Expressa um processo no qual parecem prevalecer situações em que os grupos de pressão com maior poder de barganha passam a manter privilégios dentro do aparelho estatal (CARVALHO, 1995, p.70).

Somarriba (1988) vai ressaltar a existência de problemas internos aos CMS, envolvendo a participação dos conselheiros, relacionados, principalmente, com os seguintes aspectos: interesses divergentes entre os próprios conselheiros; envolvimento com grupos partidários; descompromisso na implantação de políticas de saúde para o município; relação de comunicação com a população deficitária; surgimento de mecanismos de “prefeiturização” dos próprios conselhos, situação esta caracterizada pelo fato de que as lideranças locais são, em larga medida, orientadas por relações patrimonialistas, seja com o governo local (Executivo ou Legislativo) ou com as elites locais (p.64).

Em contrapartida, a mesma autora vai ressaltar a importância que têm estes conselheiros municipais de saúde, uma vez que são eles que recebem e encaminham as denúncias, mobilizam a imprensa e pressionam o poder público.

Um outro aspecto importante, lembrado por Pinheiro (1995), refere-se ao fato de os Conselhos de Saúde serem normalmente assediados pelos partidos políticos. Embora não tenham representação formal nestes conselhos, os partidos políticos se encontram quase sempre presentes nas negociações com os poderes Executivo e Legislativo locais, muitas vezes monopolizando as discussões com estas instâncias. Portanto, a partidarização dos conselhos acaba por se tornar problema recorrente, exercendo influências sobre as entidades

de prestação de serviços na área de saúde e sobre a sociedade civil, uma vez que os partidos parecem participar das indicações dos representantes da sociedade civil (pp.41-43).

Merece atenção, também, o fato do Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde terem sido instituídos, em alguns casos, apenas como parte da exigência legal para que sejam efetuadas as transferências de recursos provenientes do SUS. Nestes casos, a atuação destes conselhos tende a ser bastante inexpressiva, comprometendo, inclusive, a contrapartida dos recursos do orçamento local.

É importante ter claro que o Fundo de Saúde, em cada ente federado, representa uma conta única para onde são destinados todos os recursos transferidos para as subunidades de governo. Neste contexto, cabe a cada Conselho de Saúde a função de exercer o controle e a fiscalização da aplicação destes recursos públicos com destinação estabelecida, *a priori*, para as ações de saúde em cada localidade, de acordo com o plano de saúde local, devidamente aprovado por este conselho.

A legislação que estabelece o funcionamento e as funções desta instância de participação popular condiciona esses repasses de verbas públicas à realização de auditorias por parte de cada Conselho de Saúde, além da apresentação de outros relatórios de gestão (RAMOS, 1995). Note-se, ainda, que a grande maioria dos Conselhos de Saúde não possui dotações orçamentárias próprias. Isto, por sua vez, ocasiona uma dependência, seja financeira ou de instalações e estruturas físicas, das Secretarias de Saúde.

Carvalho (1995) resume o seu entendimento acerca dos Conselhos de Saúde da seguinte forma:

“Por um lado, o ufanismo de alguns, a ver nos conselhos a panacéia que assegura o curso democratizante da Reforma Sanitária, preservando suas conquistas institucionais e sociais e neutralizando as resistências de um Estado pouco confiável e potencialmente transgressor da nova ordem, e que, por isso, precisa ser socialmente controlado. Por outro lado, a descrença de outros tantos, a tratar os conselhos como engodos participatórios, mais úteis à legitimação do *status quo* do que à sua mudança, seja por força da baixa capacidade da sociedade fazer-se representar na complexidade e diversidade dos interesses que abriga, seja por força da alta capacidade dos grupos hegemônicos de articular a máquina estatal a seu favor, qualquer que seja o seu formato institucional” (p.4).

A partir deste ponto apresentaremos os resultados obtidos com as entrevistas realizadas e, também, com a pesquisa documental. No CES-MG foram realizadas três entrevistas: com a vice-presidente do conselho, com o primeiro secretário e representante dos usuários e também com um assistente administrativo. Os resultados que obtivemos a partir das entrevistas com os funcionários do CES-MG e da pesquisa documental evidenciaram a ausência dos mecanismos usuais de controle e fiscalização contábil e financeira.

Conforme foi-nos dito pela vice-presidente do CES-MG, devido ao reduzido quadro de pessoal para as diversas funções atribuídas ao conselho, não existe funcionário com formação específica na área contábil e financeira para realizar os trabalhos de controle e a fiscalização dos recursos destinados ao custeio dos serviços de saúde pública. O controle contábil e financeiro cabe à Câmara Técnica de Orçamento e Finanças do CES-MG¹⁶, sendo seu coordenador o primeiro secretário do conselho. Este membro do conselho nos disse que o acompanhamento dos recursos destinados às contas da Secretaria e/ou Fundo Estadual de Saúde é efetuado sob a sua responsabilidade.

Nas entrevistas efetuadas com o primeiro secretário do conselho notamos algumas precariedades na sua formação, que são importantes dadas as suas atribuições. Dentre as fragilidades percebidas, merece destaque o fato de que, mesmo sendo a pessoa responsável pelo controle e fiscalização dos recursos destinados à saúde, este membro do conselho não apresenta formação específica na área contábil e/ou financeira que o habilite a assumir as responsabilidades inerentes a sua função.

Uma outra informação que nos chamou a atenção foi a de que, mesmo estando previstos na legislação que rege o funcionamento e atribuições dos conselhos, a apresentação em audiência pública, na respectiva Casa Legislativa, do plano de aplicação dos recursos, da prestação de contas e do balancete financeiro dos recursos da saúde, que deveriam ser apresentados trimestralmente, não ocorrem de acordo com a previsão legal. Na realidade, estes demonstrativos são normalmente apresentados para o CES-MG anualmente.

Neste ponto, notamos que o descumprimento da legislação não gera uma cobrança mais efetiva por parte dos conselheiros. Essas irregularidades parecem se repetir a cada ano, conforme observamos para os anos de 2000 e 2001.

O CES-MG está situado na própria Secretaria Estadual de Saúde (SES-MG). Utiliza, de acordo com a sua vice-presidente, materiais permanentes e de consumo fornecidos pela própria SES-MG. Há, portanto, uma dependência tanto de caráter financeiro como de logística para o funcionamento e a execução das suas funções, dada a inexistência de dotação orçamentária própria para esta instância, por força legal. Esta impossibilidade de

¹⁶ A Câmara Técnica de Orçamento e Finanças é composta por conselheiros oriundos das seguintes entidades: Federação da Agricultura do Estado de Minas Gerais (FAEMG); Federação dos Hospitais Filantrópicos de Minas Gerais (FHF-MG); Federação das Associações de Moradores do Estado de Minas Gerais (FAMEMG); Federação das Associações de Portadores de Deficiências do Estado de Minas Gerais (FADEMG); Sindicato dos Previdenciários (SINDSPREV); Secretaria de Planejamento do Estado de Minas Gerais (SEPLAN); Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais (CUT-MG); Clube de Dirigentes Lojistas de Belo Horizonte (CDL-BH); Assembléia Legislativa de Minas Gerais (ALEMG); Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais

sobrevivência por conta própria acaba levando o CES-MG a uma dependência excessiva em relação ao orçamento da Secretaria de Saúde e, por conseqüência, pode ocorrer uma interferência direta no desempenho da tarefa destas instâncias de controle e fiscalização¹⁷.

No entanto, conforme foi frisado nas entrevistas realizadas com a vice-presidente do CES-MG, esta dependência de ordem financeira que o conselho tem em relação à SES-MG parece não interferir de forma a comprometer o caráter de independência desta instância. Contudo, esta afirmativa não é corroborada por alguns autores, como Ramos (1995) e Correia (2000), que consideram a dependência financeira dos conselhos em relação às Secretarias de Saúde um fator que pode interferir nas avaliações destas instâncias.

Cabe ressaltar ainda que, mesmo estando prevista na legislação a execução de auditorias pelos Conselhos de Saúde, conforme observamos, tais instâncias usualmente não cumprem com esta atribuição legal. Ou seja, a realização de auditorias como um instrumento de controle e fiscalização dos gastos com a saúde pública, ao que parece, não ocorre. A principal justificativa pela não realização destes trabalhos, de acordo com a vice-presidente do CES-MG, é a ausência de profissionais capacitados para a execução destas auditorias.

Durante a entrevista com o primeiro secretário do conselho, foi-nos informado também que, apesar da obrigatoriedade da realização de um programa estadual para a saúde a cada ano, o procedimento usual é a adoção de um mesmo programa todos os anos. Esta afirmação tivemos como constatar ao analisarmos os programas para os anos de 1999, 2000 e 2001. Parece-nos que não ocorreram alterações substantivas no conteúdo destes programas. Os problemas levantados foram praticamente os mesmos, as mesmas soluções, dentre outros dados repetidos.

Esta distorção na utilização dos planos de saúde, seja no âmbito estadual seja, principalmente, no âmbito municipal, envolve, muitas vezes, a compra destes planos anuais de saúde de empresas privadas de consultoria, desconsiderando, por completo, a sua função e utilidade, conforme foi-nos dito em entrevista com um funcionário do Departamento de Auditoria Administrativa e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Controle Interno (SES-MG). Como se não bastasse o desvirtuamento dos propósitos estabelecidos ao se proceder desta forma, algumas vezes os serviços de uma mesma empresa são indicados e/ou oferecidos a outras localidades, de modo que a mesma empresa realiza a

(CRO-MG); Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais (CRM-MG); e pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG).

¹⁷ Esta dependência financeira dos conselhos em relação às Secretarias de Saúde não é uma peculiaridade da instância que analisamos, mas, de acordo com a vice-presidente do CES-MG, ocorre na quase totalidade dos CES e/ou CMS do país.

confeção dos Planos Municipais de Saúde para quase todos os municípios de uma região. Foi-nos dito, também, mas isso já era de se esperar, que não há grandes diferenças nos conteúdos destes planos, variando apenas o nome do município e os dados demográficos de cada localidade.

Como agravante, segundo o primeiro secretário do CES-MG, tem-se que as propostas apresentadas nos programas de saúde, como regra geral, não são colocadas em prática pelos gestores da saúde. As programações não são efetivadas. Como um exemplo que se relaciona diretamente com os propósitos deste trabalho, constatamos, em consulta ao programa para as realizações estaduais na saúde para o ano de 2000, que estava prevista a contratação de uma empresa de assessoria técnica na área contábil e financeira. Mas, segundo nos foi informado, e observado na prática, esta contratação não se realizou. Permanece o mesmo quadro descrito anteriormente, em que a responsabilidade por esta função recai sobre a Câmara Técnica de Orçamento e Finanças do CES-MG e, principalmente, sobre o coordenador desta câmara.

Em nossa pesquisa, analisamos também os relatórios de prestação de contas para os anos de 2000 e 2001¹⁸, apresentados pela SES-MG ao CES-MG. Nestes trabalhos observamos, sobretudo, a sua falta de clareza. Neste ponto, chamamos a atenção para o fato de a avaliação destes relatórios estar sob responsabilidade do primeiro secretário, conforme ressaltamos anteriormente. Vale lembrar que este membro do conselho não apresenta formação específica na área contábil e/ou financeira, possuindo apenas o ensino médio, conforme informação do próprio conselheiro.

Para ilustrarmos o que foi apontado anteriormente como falta de clareza dos relatórios de prestação de contas apresentados pela SES-MG ao CES-MG, trabalharemos, aqui, com os dados do relatório de prestação de contas para o ano de 2000. Este relatório contém uma quantidade de dados sem nenhuma relação com o seu propósito. Trata-se de um relatório com 248 páginas. É extremamente extenso e pouco elucidativo, o que pode inibir os conselheiros no ato da avaliação desta prestação de contas. Apresenta questões que são completamente dispensáveis, como o plano de metas, propagandas de programas de saúde realizados no estado, cópias de convênios, ofícios diversos, cópias de cartazes de orientação à população, além de outras cópias de documentos desnecessários para qualquer prestação de contas.

Ademais, conforme observado, os dados inseridos na prestação de contas divergem do que foi apresentado no Relatório de Gestão da SES-MG relativo ao mesmo período. Conforme explicado no terceiro capítulo desta dissertação, o Relatório de Gestão deverá

conter a programação referente à execução física e financeira dos projetos propostos pela secretaria de saúde, a descrição das atividades realizadas e a comprovação dos resultados obtidos na execução do Plano de Saúde. No tocante ao aspecto financeiro, este relatório deve apresentar a demonstração dos recursos próprios aplicados no setor de saúde e das transferências recebidas de outras instâncias do SUS. Não observamos estes itens neste relatório, os quais tampouco constam da prestação de contas.

Segundo o primeiro secretário do conselho, o Relatório de Gestão é encaminhado ao CES-MG para que sejam avaliados os itens já realizados. Conforme observamos, existem itens pouco confiáveis neste relatório. Contudo, para que o funcionamento do sistema de saúde no estado não seja penalizado com a suspensão dos repasses feitos pelo Ministério da Saúde, ocorre, na grande maioria das vezes, independentemente das não-conformidades deste relatório, a sua aprovação¹⁹. As eventuais divergências apontadas no Relatório de Gestão pelos conselheiros são, na maioria das vezes, encaminhadas à SES-MG, que as relacionam como anexos ao relatório, não inviabilizando, assim, as atividades no setor de saúde pública. Portanto, ao que parece, as atuações deste conselho, em se tratando do controle e fiscalização dos recursos para a saúde pública, são insuficientes e não têm a contundência necessária para fazer com que ocorram mudanças substantivas nos relatórios apresentados pela Secretaria de Saúde.

Nas pesquisas que efetuamos no CES-MG, analisamos também as Atas das Reuniões Ordinárias do CES-MG ocorridas no período de janeiro de 1999 até agosto de 2002. Abaixo destacaremos algumas informações, obtidas nestas atas, que julgamos importantes para o desenvolvimento de nossa argumentação.

Em análise efetuada na Ata da Reunião Ordinária do CES-MG ocorrida em 13 de setembro de 1999, observamos relatos referentes ao desempenho financeiro dos municípios. Observamos nesta Ata duas interpretações distintas dos valores repassados pelo Ministério da Saúde para Piso de Atenção Básica (PAB) aos municípios. As divergências foram observadas na apresentação de duas tabelas: uma contendo o demonstrativo da execução física das atividades específicas e a outra a execução financeira com o teto financeiro e a produção dos serviços de saúde. Conforme relatado nesta Ata, os dados apresentados não expressavam a real posição financeira da SES-MG para o período analisado, levando-se em consideração a

¹⁸ Mesmo tendo a previsão legal de apresentação trimestral, este relatório de prestação de contas, nos anos analisados, foram apresentados anualmente.

¹⁹ A não aprovação do Relatório de Gestão pelo Conselho de Saúde pode implicar a suspensão dos repasses dos recursos para a Secretaria de Saúde, uma vez que o parecer sobre o Relatório de Gestão deve ser encaminhado ao Ministério da Saúde.

prestação contas. Na tabela de execução física apresentada foi encontrada uma diferença entre o que foi programado e o que foi previsto para esta conta. Quanto à execução financeira, esta teve como parâmetro um “teto financeiro fictício”, representando uma mera programação efetuada pelo estado, sem lastros concretos e palpáveis, que não atentava para o teto financeiro oficial do Ministério da Saúde. Esses procedimentos resultaram em conclusões pouco consistentes, como a relatada nesta Ata, “de que estariam os municípios sendo credores de R\$ 35 milhões da produção realizada e não paga”. Em contraponto a esta afirmativa, foi demonstrado que os “repasses para as prefeituras atingiram R\$ 842 milhões, enquanto que a produção mal atingiu a R\$ 805 milhões, ocorrendo um superávit da transferência de recursos federais da ordem de R\$ 37 milhões, transferidos para os gestores municipais, sem que se saiba seu destino”. Nesta Ata observamos também que foram repassados R\$ 177 milhões para os gastos com o PAB no estado. Mas, de acordo com o demonstrativo financeiro apresentado, este valor destoava do teto financeiro previsto, de R\$ 159 milhões. Estas questões, postas em discussão nesta reunião, demonstram a necessidade de um controle financeiro e contábil destas contas realizado de forma independente. Demonstram também que os questionamentos apontados pelos conselheiros são muito importantes, mas que lhes falta um acompanhamento mais técnico e específico para estas áreas. Este acompanhamento, em tese, deveria ser efetuado pelo próprio CES-MG, que, conforme observamos durante toda a pesquisa, não possui em seus quadros um profissional qualificado para a execução desta função.

Também foi observada nesta Ata uma incoerência dos dados apresentados na prestação de contas. A partir daí, foram solicitados esclarecimentos sobre as divergências apontadas em relação ao montante financeiro repassado e sobre o valor gasto na execução física. Mas, ao que parece, estas distorções não foram explicadas aos membros do CES-MG, o que demonstra uma aparente falta de transparência nestes dados para a área de saúde e a debilidade do poder de “*enforcement*” do conselho.

Mesmo assim, a Câmara Técnica de Orçamento e Finanças do CES-MG, de acordo com a referida Ata, não foi contrária à aprovação do referido relatório. Apenas solicitou que as sugestões que foram apresentadas em plenário fossem incorporadas ao relatório. Esta posição tomada pela câmara foi adotada tendo em vista que a desaprovação do referido relatório poderia embargar as ações práticas na área de saúde no estado, conforme salientado anteriormente, uma vez que o Ministério da Saúde poderia suspender os repasses dos recursos transferidos fundo a fundo.

Observamos, na Ata da Reunião Ordinária de 09 de julho de 2001, o relato de que “os conselheiros não possuem conhecimentos específicos para entender de contabilidade pública”.

A observação que encontramos nesta Ata considera que a linguagem adotada no Relatório Financeiro apresentado ao CES-MG tem um elevado grau técnico, dificultando o seu entendimento por parte dos conselheiros.

Constatou-se, também, o desejo de se contratar uma assessoria técnica para a avaliação contábil e financeira da movimentação dos recursos aplicados na saúde, com o propósito de aprimorar os trabalhos efetuados pelo CES-MG. Chamou-nos a atenção, nesta Ata, o relato da não apresentação do relatório trimestral como forma de prestação de contas dos atos e gastos na área da saúde, conforme está previsto na legislação.

A Ata da Reunião Ordinária de 08 de abril de 2002 apresentou, como fato de destaque, a participação do diretor do SNA Estadual, quando foi requerida a relação das auditorias solicitadas pelo conselho e que não foram atendidas pelo Departamento de Auditoria Administrativa e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Controle Interno (SES-MG). Ressaltou-se, também, a importância de uma parceria entre o CES-MG e o Controle Interno da SES-MG. Esta parceria teria como propósito suprir a carência de auditores nas Diretorias Regionais de Saúde (DRS's²⁰), visando um melhor atendimento das demandas nestas localidades.

Também foi apontado, como uma inconsistência do sistema, o mecanismo de criação destas Diretorias Regionais de Saúde. De acordo com o relato do primeiro secretário do CES-MG, estas diretorias, apesar de terem propósitos bem estabelecidos e de serem de grande valia para o pleno desenvolvimento das atividades de saúde no estado, acabam por se tornar “cabides de emprego”. Os funcionários destas instâncias não são concursados, sendo nomeados pelos seus diretores e não cumprindo horários fixos para o exercício das suas funções, não ocorrendo um acompanhamento de suas atividades.

Foi-nos dito, também, que as DRS's têm uma forte conotação política. Isto, ao que parece, pode ser evidenciado pela forma de nomeação dos seus funcionários e também pela falta de critério no que diz respeito à criação destas agências. Ou seja, de acordo com este membro do conselho, não existe uma explicação clara para a criação destas instâncias nas cidades ou regiões do estado.

Como forma de se visualizar a atuação do CES-MG no que tange à fiscalização e ao controle das ações e gastos efetuados pela SES-MG, pode-se também tomar como referência

²⁰ As ações de controle e fiscalização dos recursos e dos serviços de saúde, de incumbência do SNA Estadual, são desenvolvidas no interior do estado pelas Diretorias Regionais de Saúde (DRS's), como veremos na próxima subseção.

os Pareceres emitidos pelo CES-MG²¹ sobre o Relatório de Gestão e sobre a Prestação de Contas. Vale ressaltar que, apesar de terem sido rejeitadas as contas, isto não impediu que elas fossem aprovadas. Isto se deu, segundo nos informou o primeiro secretário do conselho, pois, não sendo aprovadas, haveria um encaminhamento do processo para o Ministério da Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), podendo resultar em bloqueios de repasses de recursos para o estado. As incoerências apontadas pelos conselheiros foram explicitadas em anexo aos relatórios. Ou seja, as não-conformidades apontadas pelo CES-MG e relatadas nos pareceres emitidos por esta instância não implicam, na maioria dos casos, a desaprovação destes relatórios.

A seguir apresentamos as não-conformidades evidenciadas pelo CES-MG nos pareceres relativos ao Relatório de Gestão 2001 e à Prestação de Contas 2001. Os resultados foram apresentados no Parecer da Câmara Técnica de Orçamento e Finanças do CES-MG.

No parecer do CES-MG relativo ao Relatório de Gestão para o ano de 2001 observamos algumas advertências, apontadas por este conselho, merecendo destaque as seguintes recomendações: (a) anexar a este relatório a relação dos municípios que receberam recursos provenientes do SUS; (b) anexar a este relatório a relação dos municípios que não foram habilitados em nenhum dos planos de gestão estabelecidos pelo SUS, com as respectivas justificativas; (c) anexar as justificativas pela não realização das auditorias solicitadas pelo CES-MG; (d) não constam os dados referentes à capacitação de recursos humanos; (e) não consta o que foi estabelecido na Programação Pactuada Integrada (PPI²²) e o que foi executado; e (f) a listagem das obras realizadas na Fundação Hemominas não corresponde à realidade.

Em relação aos apontamentos efetuados no parecer emitido pelo CES-MG sobre a Prestação de Contas 2001, merecem destaque as seguintes recomendações: (a) anexar a este relatório, ou remeter ao CES-MG, cópia do balancete financeiro; (b) discriminação dos itens descritos como Restos a Pagar²³, contidos no resumo da execução orçamentária da SES-MG

²¹ Para esta pesquisa, trabalhamos com os pareceres emitidos pelo CES-MG para o ano de 2001.

²² A Programação Pactuada Integrada (PPI) relaciona-se diretamente com a função gestora do SUS, na esfera estadual. Corresponde a um instrumento que auxilia no direcionamento das políticas de saúde do estado, explicitando os serviços que serão oferecidos à população, em cada localidade.

²³ Para o correto entendimento da conta Restos a Pagar, existente na contabilidade pública, primeiramente faz-se necessário um esclarecimento do “Empenho”, também utilizado na contabilidade pública. O empenho vai se dividir em três fases, sendo: (a) a emissão do empenho, que significa o bloqueio das despesas; (b) a liquidação do empenho, que refere-se ao reconhecimento da despesa; e (c) o pagamento do empenho, que é a sua quitação propriamente dita. Feito isto, pode-se caminhar para a compreensão dos restos a pagar, que é um instrumento existente na administração pública financeira que se divide em duas fases: o resto a pagar processado e o não processado. O resto a pagar processado significa que houve o empenho nas duas primeiras fases, ou seja, houve a emissão do empenho ou o bloqueio da despesa e também a liquidação deste empenho que trata do

em 2001; (c) convidar o Secretário de Estado da Fazenda para prestar esclarecimentos sobre a não aplicação dos recursos, previstos na Emenda Constitucional nº 29, pelo governo do estado; (d) discordância com a área financeira do estado pelo não cumprimento dos repasses dos recursos necessários e previstos na LDO; e (e) falta de cronograma de repasses de recursos da SEF-MG para a SES-MG, dentre outros itens.

Um outro ponto que nos chamou a atenção nas pesquisas que realizamos no CES-MG foi o fato de que, mesmo apresentando uma precariedade evidente, tanto em relação às suas instalações como à pouca capacitação profissional dos conselheiros, dentre outras, o CES-MG recebe também as demandas provenientes de outros conselhos do interior do estado. De acordo com a vice-presidente do CES-MG, essas demandas são filtradas, levando-se em consideração o seu grau de complexidade. Busca-se, então, solução para as demandas mais graves e complexas, dentro do limite de disponibilidade do conselho e também da sua competência em resolver cada caso.

O que se tem, de acordo com a vice-presidente do CES-MG, é uma situação na qual as demandas mais relevantes por trabalhos de auditoria, originadas de denúncias dos CMS, são remetidas ao CES-MG. Isto ocorre dada a incapacidade dessas instâncias de participação popular em cumprir com suas atribuições de controle e fiscalização dos repasses e gastos públicos. No entanto, parece que o encaminhamento destas demandas por trabalhos de auditoria ao CES-MG não garante segurança a estes processos, dada a quantidade de solicitações e a baixa capacitação técnica dos profissionais desta agência. Ademais, os trabalhos de auditoria realizados pelo CES-MG não são feitos *in loco*.

Quando a demanda está relacionada a problema de desvio de recursos ou de aplicação irregular, na grande maioria das vezes ela é encaminhada ao SNA Estadual para as devidas providências. No entanto, um dos problemas principais enfrentados pelo SNA Estadual é o reduzido número de funcionários capacitados para a realização destes trabalhos de auditoria contábil e financeira. Voltaremos a esta questão na próxima subseção.

Aqui, vale novamente ressaltar que estamos considerando apenas alguns casos a que tivemos acesso. Ou seja, casos em que ocorreram tais demandas por auditorias contábeis e financeiras. Isto, obviamente, não significa que não haja problemas de improbidade administrativa, desvios, malversação dos recursos públicos, dentre outros, nas demais localidades. Isto porque a denúncia, utilizada como mecanismo para deflagrar a ocorrência de

reconhecimento desta despesa. Contudo, ainda não houve a quitação formal. Já o resto a pagar não processado significa que houve apenas a primeira fase, ou seja, a emissão do empenho. Corresponde, grosso modo, aos valores que passaram em aberto de um exercício fiscal para o outro.

auditoria, enfrenta problemas relacionados com interesses políticos, relativos à precariedade de informações e de conhecimento técnico, dentre outros.

Cabe notar, ainda, o fato de o CES-MG não registrar e catalogar de maneira sistemática os seus documentos. Não existem catalogadas, de forma confiável, as solicitações provenientes dos conselhos ou mesmo das Secretarias Municipais de Saúde, por exemplo.

Na entrevista que realizamos no Departamento de Auditoria Administrativa e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Controle Interno (SES-MG), nos foi relatado um acontecimento importante envolvendo o funcionamento de um Conselho Municipal de Saúde. O funcionário deste órgão nos chamou a atenção para um fato que ocorreu na realização de uma auditoria em um determinado município, nas contas do sistema público de saúde. De acordo com o que foi relatado por este funcionário, na execução deste trabalho de auditoria, percebeu-se que os conselheiros utilizavam-se de sua condição para conseguir determinados benefícios pessoais. Foi-nos dito que os membros do referido conselho possuem uma “carteirinha de conselheiro”. Com efeito, ao que parece a condição de conselheiro dá a estes membros algumas vantagens. Estes benefícios advindos da condição de conselheiro dariam acesso ao ingresso em estabelecimentos ou eventos privados, como em jogos, shows, dentre outros.

Reportando-nos ao aspecto da pouca consistência dos mecanismos de controle e de fiscalização dos recursos destinados às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, nos chamou a atenção um outro fato relatado pelo funcionário do Controle Interno da SES-MG. Foi-nos dito que ocorrem irregularidades nos processos de distribuição das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH's), como já discutido no terceiro capítulo desta dissertação. Tais irregularidades, por sua vez, redundariam em situações de malversação dos recursos públicos repassados para estes procedimentos, os quais, na grande maioria dos casos, não são submetidos a controles externos.

De acordo com este funcionário, não é incomum ocorrerem situações nas quais os prestadores de serviços utilizam-se desta aparente fragilidade no controle e fiscalização das AIH's para obterem ganhos financeiros. Foi-nos dito que, por se tratar de um mecanismo de repasse de recursos para procedimentos específicos e de alta complexidade e, por isso, mais caros, há um teto estabelecido previamente para este procedimento, em cada localidade. Tendo esta condição como dada *a priori*, as incongruências vão se dar, segundo as informações que obtivemos, da seguinte forma: a quantidade de AIH's destinadas a cada localidade é estabelecida de acordo com a demanda ocorrida no mês anterior. De posse destas informações, podem ocorrer situações em que a utilização destas AIH's toma como

referência o teto máximo do município. Ou seja, quando o teto máximo não é alcançado, ocorre um complemento irreal para se chegar a este número. Assim, parece ocorrer que tanto os gestores públicos como os prestadores de serviços contratados utilizam-se desta imprecisão para manterem sempre o número de AIH's próximo ao teto máximo, independentemente do número de ocorrências efetivas. Para tanto, alguns gestores públicos e também prestadores de serviços contratados utilizam-se dos chamados "homônimos". Os homônimos são usuários comuns do sistema público de saúde. Na grande maioria das vezes são pessoas de baixa renda que se propõem a aceitar um valor fixo (como um "salário"), para "emprestarem" os nomes e os documentos pessoais, com o intuito de completar o teto máximo para as AIH's. Ou seja, este homônimo vai assinar as guias de internação sem a efetiva utilização dos serviços públicos, podendo ocorrer situações em que a mesma pessoa venha a ocupar os leitos de internação da rede pública, ou contratada, todos os meses.

Passamos, agora, a expor os resultados obtidos nas pesquisas efetuadas com o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH). O objetivo desta pesquisa é analisar a participação desta instância no controle e fiscalização contábil e financeira nas contas da Secretaria e/ou Fundo Municipal de Saúde. A opção de se fazer esta pesquisa apenas com o CMS-BH foi justificada anteriormente.

O CMS-BH possui um quadro de 72 conselheiros, considerando-se também os conselheiros suplentes. O espaço físico, assim como todos os móveis e equipamentos à disposição deste conselho, são de propriedade da SMS-BH. O conselho não possui dotação orçamentária própria, por força legal, ficando dependente da disponibilização de recursos por parte da SMS-BH.

Das entrevistas que realizamos com um funcionário do conselho e duas conselheiras, ambas representantes dos usuários, realçamos algumas questões que, para os objetivos da nossa pesquisa, têm um peso fundamental. As entrevistas deram-se com o Secretário Executivo, com Conselheira da Câmara Técnica de Recursos Humanos e com a Conselheira da Câmara Técnica de Controle e Avaliação.

O CMS-BH não possui um setor financeiro e/ou de contabilidade, de modo a facilitar o entendimento dos conselheiros sobre as contas apresentadas pela SMS-BH. A realização destes trabalhos fica a cargo do departamento financeiro da SMS-BH. Neste ponto chamamos a atenção para uma questão interessante. Esta "parceria" entre o CMS-BH e a SMS-BH parece fazer com que o controle externo e/ou social exercido pelos conselhos se torne controle interno. Este fato certamente fragiliza a independência deste processo, uma vez que as ações

de controle e fiscalização realizadas pelo CMS-BH passam a contar, basicamente, com as informações, recursos e técnicos provenientes da própria SMS-BH.

Conforme observamos, estes relatórios não são preparados com uma tecnificação exacerbada, mas, sim, de modo que haja uma compreensão por parte dos conselheiros. Esta informação foi adquirida com os próprios conselheiros que trabalham diretamente com estes relatórios.

No entanto, chamou-nos a atenção o fato de que, mesmo sendo relatórios e planilhas mais claras e elucidativas, as questões levantadas versam apenas sobre os números apresentados nestes relatórios. São questionados pelos conselheiros, sobretudo, os valores mais expressivos. Todavia, as análises efetuadas pelos conselheiros abrangem apenas os relatórios e as planilhas apresentadas. Não há uma verificação dos documentos. Ou seja, não são inspecionadas as notas fiscais, recibos, extratos, contratos, etc., que geraram os números apresentados nos relatórios e nas planilhas. Este formato adotado para a conferência dos números apresentados destoa completamente dos propósitos de qualquer auditoria, que prevê a constatação dos valores através da documentação suporte, ou seja, através dos documentos que deram origem àquele lançamento contábil.

Foi-nos dito, também, que o CMS-BH não realiza qualquer tipo de auditoria contábil e/ou financeira nas contas da Secretaria e/ou Fundo de Saúde, pautando-se, em relação a este aspecto, apenas pela aprovação, ou não, dos planos de saúde e/ou das prestações de contas da SMS-BH. Deste modo, ao que parece, há um descumprimento da legislação vigente, que prevê a realização destes trabalhos pelos conselhos.

Para completar o nosso entendimento acerca do posicionamento dos conselhos em relação às medidas de controle e fiscalização dos recursos públicos, através da realização de auditorias de cunho contábil e financeiro, bem como da publicização destes resultados, realizamos, também, entrevista na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH), no departamento financeiro e contábil. A entrevista foi feita com o Analista de Sistema Administrativo da SMS-BH. Este é o funcionário que prepara os relatórios contábeis e financeiros para o CMS-BH.

Conforme foi-nos dito, o CMS-BH não possui condições para a realização de auditorias de cunho contábil e/ou financeiro. Os trabalhos realizados por esta instância restringem-se apenas à aprovação ou desaprovação dos relatórios, preparados pela SMS-BH. O CMS-BH não tem um funcionário responsável pela área contábil e financeira e nem membros do conselho com esta formação.

Sobre este aspecto, o funcionário da SMS-BH disse que o CMS-BH cogitou a possibilidade de contratação de um funcionário próprio para esta área contábil e financeira, sobretudo para acompanhar a realização dos trabalhos efetuados pela SMS-BH. Este funcionário seria um estagiário do curso de Ciências Contábeis. Até o término da nossa pesquisa, esta contratação não havia sido efetivada.

De acordo com o referido profissional, a grande dificuldade dos membros do conselho encontra-se na compreensão dos relatórios técnicos apresentados a esta instância para aprovação. Há uma incompreensão quase que generalizada destes relatórios de prestação de contas por parte dos conselheiros. Esta informação, dada pelo profissional da SMS-BH, destoa por completo das informações obtidas com os membros do CMS-BH, que disseram compreender os relatórios encaminhados pela SMS-BH.

Segundo nos foi informado, ocorrem questionamentos sobre os dados enviados pela SMS-BH para o julgamento deste conselho. Na maioria das vezes, por se tratar de pessoas com um baixo conhecimento da área contábil e financeira, os membros do conselho não se aprofundam no questionamento dos números apresentados. Conforme nos foi dito por este funcionário da SMS-BH, os questionamentos vão ocorrer, principalmente, sobre os valores mais expressivos apresentados nestes relatórios.

Foi-nos dito também que as prestações de contas não são apresentadas a cada três meses, pela SMS-BH ao CMS-BH, conforme estabelecido pela legislação. Elas ocorrem anualmente. Mas, conforme foi frisado pelo referido funcionário, este atraso é sempre comunicado ao CMS-BH que, normalmente, aceita as justificativas dadas.

Um aspecto importante para o cumprimento dos objetivos da nossa pesquisa refere-se aos mecanismos de publicização dos resultados dos trabalhos de auditoria efetuados por estas instâncias. Contudo, no decorrer da nossa pesquisa parece que, nas reduzidas oportunidades em que estas instâncias realizam estes trabalhos de auditoria com foco contábil e financeiro, estes resultados não são publicizados para a sociedade, ficando restritos à circulação interna.

Na próxima subseção, analisaremos a participação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), nas três esferas de governo, nos serviços de auditoria das contas do sistema público de saúde dos entes federados. A partir dos resultados desta investigação, poderemos ter uma noção ainda mais ampla do funcionamento e das fragilidades das instituições de controle e fiscalização dos recursos públicos para a saúde no Brasil.

IV. 2.3. O PAPEL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA

Nesta última subseção do capítulo, apresentaremos os resultados das pesquisas que efetuamos no Sistema Nacional de Auditoria (SNA²⁴). Realizamos as pesquisas junto ao SNA Federal, na instância do Ministério da Saúde, unidade de Minas Gerais. As instâncias do SNA Estadual e Municipal foram pesquisadas em Belo Horizonte, dados os motivos apresentados anteriormente.

Procuramos reunir e sistematizar as ocorrências de auditorias nas contas das Secretarias e/ou Fundos de Saúde realizadas pelo SNA. Foram analisados os casos em que tais auditorias estavam voltadas para a averiguação da probidade contábil, financeira e orçamentária dos recursos repassados para as unidades descentralizadas de governo. Os casos de auditorias assistenciais, médicas e odontológicas, dentre outras realizadas por estas agências, não foram analisados por fugirem dos propósitos desta pesquisa. Efetuamos, também, um estudo do arcabouço legal que dá as diretrizes para o funcionamento do SNA e das disposições legais que regulamentam a instauração e execução destas auditorias.

Conforme já discutido anteriormente, o controle e fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e dos demais entes federados é de responsabilidade do Tribunal de Contas da União (TCU), que controla os recursos oriundos da esfera federal. Este controle externo pode ser executado, também, pelos Tribunais de Contas dos Estados (TCE), restrito aos recursos de origem estadual, e pelos Tribunais de Contas de Municípios (TCM), limitados às suas esferas específicas de atuação. Todavia, as auditorias realizadas pelos Tribunais de Contas (TC's) englobam, na grande maioria dos casos, apenas informações expressas em contas agregadas, conforme já visto. Deste modo, os TC's quase não realizam análises específicas, referentes a outras contas isoladas, vinculadas ao balanço do ente federado, não lidando também, diretamente, com os repasses para o sistema público de saúde local. Nestes casos, tanto o controle como a fiscalização dos gastos com a saúde, em qualquer esfera de governo, são de incumbência do próprio Ministério da Saúde (MS), através do Sistema Único de Saúde (SUS), função esta atribuída ao SNA, que, de

²⁴ O Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi previsto na lei 8.080/1990, tendo sido criado pela lei 8.689/1993 e regulamentado pelo decreto 1.651/1995. De acordo com esta legislação, o sistema seria criado nos três níveis de gestão que compõem o SUS. É o órgão responsável pela execução das atividades de auditoria do sistema público de saúde, auxiliando na gerência técnica, encarregando-se da avaliação dos seus resultados, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo. Já o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), órgão central do SNA, foi estruturado pelo decreto 3.496/2000. É importante ressaltarmos o quanto recente é o decreto que regulamenta este sistema de auditoria do SUS.

acordo com a legislação vigente, deveria atuar de forma descentralizada, nas três esferas de governo.

A partir da descentralização das atividades do SNA para as três esferas de governo, de acordo com a legislação que rege o funcionamento deste sistema de auditoria do SUS, cada ente federado passaria a monitorar os programas apresentados e aplicados em cada localidade, assim como os resultados alcançados pelas ações e serviços públicos de saúde. No decorrer da nossa pesquisa, constatamos que a constituição da agência do SNA nos municípios deve-se apenas em um reduzido número de municipalidades, tendo em vista que representam custos adicionais para as prefeituras, com salários, encargos, instalações físicas, dentre outros.

As ações deste sistema de auditoria foram repassadas para as três esferas de governo. No nível federal o sistema de auditoria está distribuído nas unidades do Ministério da Saúde em cada estado. Na esfera estadual, este sistema de controle, avaliação e auditoria encontra-se alocado nas Secretarias Estaduais de Saúde. Para os municípios, o SNA Municipal corresponde as áreas de controle, avaliação e auditoria das Secretarias Municipais de Saúde.

A criação do SNA, conforme visto anteriormente, teve início com a edição da lei 8.080/1990, que estabelece que a União, os estados e os municípios devem estruturar instâncias e mecanismos de auditoria, controle e fiscalização dos recursos destinados ao custeio da saúde pública e às ações e serviços realizados nesta área²⁵. Ainda nesta lei, foi prevista como competência da direção nacional do SUS a criação de um Sistema Nacional de Auditoria²⁶, cujo propósito seria a coordenação e avaliação técnica e financeira do SUS no território nacional, sendo auxiliado por suas agências descentralizadas. O Sistema Nacional de Auditoria tem como função fazer a auditoria interna do SUS, passando a ser responsável pela avaliação técnico-científica, contábil, financeira, orçamentária e patrimonial das instituições que compõem o sistema público de saúde. Porém, este órgão somente foi criado com a lei 8.689/1993, a mesma legislação responsável pela extinção do antigo INAMPS. Contudo, a regulamentação do SNA somente ocorreu a partir da edição do decreto 1.651/1995 (KERN, 1997, p.12).

A legislação que prevê a criação do SNA estabelece competências específicas às distintas agências de cada esfera de governo. No plano federal, cabe ao SNA: (a) verificar a aplicação dos recursos transferidos para os estados e municípios, mediante análise dos relatórios de gestão apresentados por estes entes federados; (b) auditar a regularidade dos procedimentos técnicos e financeiros praticados no âmbito do SUS; (c) verificar a adequação

²⁵ Ver artigo 15, inciso I da lei 8.080/1990.

e qualidade dos serviços de saúde disponibilizados à população; (d) controlar e fiscalizar as ações e sistemas de saúde com abrangência nacional; (e) promover a interação e integração das ações e procedimentos de auditoria entre os três níveis de gestão do SUS; (f) promover a cooperação técnica entre as instâncias do SNA nas três esferas de governo e os sistemas de controle interno, externo e social²⁷; (g) emitir pareceres e relatórios gerenciais sobre os resultados obtidos por meio das auditorias feitas pelo SNA, nas três esferas, de modo que ocorra o ressarcimento ao FNS dos valores desviados detectados pelas auditorias realizadas por este órgão; informar à autoridade superior sobre os resultados apurados; e (h) estruturar as metodologias adotadas pelo sistema estadual de controle, avaliação e auditoria do SUS²⁸.

As finalidades destas auditorias relacionam-se, principalmente, com a manutenção dos padrões estabelecidos pela legislação, além de coletar dados que permitam ao SNA conhecer a qualidade, a quantidade, os custos e gastos da atenção à saúde. Elas buscam, ainda, uma melhoria dos procedimentos de controle do órgão auditado, através da detecção de desvios dos padrões estabelecidos; avaliar a qualidade, a propriedade e efetividade dos serviços de saúde prestados à população; e produzir informações para subsidiar o planejamento das ações que contribuam para o aperfeiçoamento do SUS e para a satisfação dos usuários²⁹.

Os recursos destinados à saúde são chamados “recursos carimbados”, não havendo [em tese] a possibilidade de serem gastos em outras contas. No entanto, a garantia de que estes valores do SUS não serão alocados em outras contas apenas se dará com a fiscalização dessas contas. Todavia, os resultados de nossa pesquisa demonstram que nem sempre ocorrem estas fiscalizações e, também, que nem sempre há uma garantia de que tais recursos não serão aplicados noutras contas, como será aprofundado mais adiante.

No plano estadual, o SNA tem a incumbência de avaliar: (a) a aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios; (b) as ações e serviços de saúde prestados na esfera estadual; (c) os serviços de saúde sob gestão estadual, sejam eles públicos ou privados; (d) os sistemas e consórcios intermunicipais de saúde; e (e) as metodologias adotadas pelo sistema municipal de controle, avaliação e auditoria³⁰.

Já no plano municipal, cabe ao SNA averiguar: (a) as ações e serviços estabelecidos neste esfera; (b) os serviços de saúde sob gestão municipal, públicos, privados ou contratados

²⁶ Ver artigo 26, inciso XIX da lei 8.080/1990.

²⁷ No que se refere à cooperação técnica entre as agências do SNA, observamos nas pesquisas realizadas junto a estas instâncias que são comuns os cursos envolvendo os profissionais que compõem o SNA nas três esferas de governo.

²⁸ Ver artigo 5º, inciso I do decreto 1.651/1995 e decreto 3.496/2000.

²⁹ Ver decreto 3.496/2000.

³⁰ Ver artigo 5º, inciso II do decreto 1.651/1995.

e conveniados; e (c) as ações e serviços desenvolvidos pelos consórcios intermunicipais de saúde³¹.

É função do SNA Municipal (ou do SNA Estadual, não havendo o órgão no âmbito municipal) acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos planos e programas de saúde em cada município, abrangendo aspectos relacionados: à avaliação do desempenho dos serviços técnicos de saúde; à aplicação dos recursos financeiros e patrimoniais destinados a esta área; à capacidade operacional da rede de serviços de saúde local e à forma de gestão do SUS³².

Cabe o SNA, nas três esferas de governo: verificar a correta aplicação dos recursos públicos destinados à saúde e repassados mediante transferências automáticas ou por convênios com órgãos públicos ou privados, sejam eles nacionais ou internacionais; e verificar os instrumentos e mecanismos de controle da aplicação destes recursos transferidos para as subunidades de governo, os resultados alcançados, a eficácia e a efetividade destas ações³³. Também é atribuída às agências do SNA, a função de apurar todas as denúncias encaminhadas pelos Conselhos de Saúde ou por usuários do sistema público de saúde, remetendo os relatórios para o Tribunal de Contas e/ou o Ministério Público, para que possam tomar as medidas punitivas cabíveis, garantindo ou o ressarcimento e atendimento ao usuário, segundo os princípios do SUS. Vale ressaltar, também, que os resultados das auditorias realizadas pelas agências do SNA devem ser encaminhados para os respectivos Conselhos de Saúde, para análise e avaliação³⁴.

Os processos de auditoria deflagrados pelo SNA normalmente ocorrem a partir de denúncias efetuadas pelos usuários do sistema público de saúde ou por solicitação dos Conselhos de Saúde. Uma vez formulada a denúncia, os profissionais do SNA normalmente realizam trabalhos de auditoria operativa³⁵ junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde. Estes trabalhos de auditoria são executados pelo SNA de cada localidade, à exceção dos municípios onde não existe este órgão, podendo haver, também, situações em que podem ocorrer auditorias integradas³⁶, assim como auditorias compartilhadas³⁷.

³¹ Ver artigo 5º, inciso III do decreto 1.651/1995.

³² Ver decreto 1.651/1995.

³³ Ver decreto 1.651/1995.

³⁴ Ver decreto 1.651/1995.

³⁵ A auditoria operativa corresponde ao conjunto de procedimentos especializados que consistem na verificação *in loco* do atendimento aos requisitos legais/normativos que regulam os sistemas e atividades relativas à área da saúde. Isto ocorre através do exame direto dos fatos (obtidos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas), de documentos e situações, para determinar a adequação, a conformidade e a eficácia dos processos em alcançar os objetivos.

³⁶ A auditoria integrada é realizada pelo SNA Federal em conjunto com o SNA Estadual e/ou Municipal.

³⁷ A auditoria compartilhada é realizada em conjunto com outros órgãos não pertencentes ao SNA.

Cabe destacar que não são feitos trabalhos preventivos, principalmente devido à falta de recursos humanos e de uma estrutura mais adequada. Ou seja, as auditorias do sistema de saúde realizadas pelo SNA, na sua grande maioria, não ocorrem segundo um planejamento prévio ou com periodicidade definida legal ou administrativamente. Reportando-nos ao que foi dito anteriormente, tecnicamente estes trabalhos executados por estas instâncias configuram o que chamamos de perícia, e não propriamente auditoria.

Em caso de conduta irregular de qualquer integrante destas instâncias, detectada pela auditoria em uma Secretaria e/ou Fundo de Saúde, ocorre o afastamento das pessoas envolvidas, para que se possa efetuar a averiguação, por meio de processo administrativo. Mas cabe ao Ministério Público a realização dessas ações punitivas. As competências do SNA se encerram quando os relatórios das auditorias são entregues a esta instância. Assim, o SNA exerce uma função intermediária, de apuração dos atos de improbidade administrativa. Talvez seja esta condição [de intermediários] que explique a pouca visibilidade deste sistema de auditoria do SUS. Parece, assim, que esta pouca visibilidade das agências do SNA contribui para que não haja conhecimento ou reconhecimento das ações realizadas por este sistema e de suas atividades pela sociedade.

Passaremos agora a analisar os resultados das pesquisas realizadas junto a estas instâncias do SNA. Iniciaremos discutindo as entrevistas que efetuamos junto ao SNA Federal. Nesta agência não tivemos acesso aos relatórios ou a qualquer outro documento sobre as auditorias realizadas. O acesso nos foi negado, segundo o Chefe dos Serviços de Auditoria deste órgão, tendo em vista o caráter sigiloso destes trabalhos. Discutiremos as implicações desta restrição mais adiante.

Conforme nos foi relatado pelo funcionário responsável pelos trabalhos de auditoria desta agência, a auditoria é feita, na grande maioria das vezes, após denúncias de irregularidades ocorridas no sistema público de saúde. Não há um critério de rotina para a realização destes trabalhos junto aos entes federados. Estes são trabalhos que, usualmente, vão representar situações voltadas para o “apagar incêndio”, para tentar reparar os casos detectados de improbidade administrativa em relação aos recursos públicos do SUS.

Vale ressaltar inicialmente que, mesmo o SNA tendo suas funções descentralizadas para os entes federados, seguindo os princípios de estruturação do SUS, a coordenação geral deste sistema cabe à instância federal. Todavia, parece não haver perda de autonomia das agências locais, uma vez que não ocorre, conforme observado, uma hierarquização de funções.

A questão da periodicidade de realização destas auditorias pelo SNA Federal é um ponto que merece um pouco mais de atenção. A denúncia como o principal critério para a realização de auditorias contábeis e/ou financeiras parece insuficiente. Ademais, foi-nos dito nas entrevistas realizadas que a prevalência de denúncias sobre a realização de trabalhos de auditorias programadas, não explica por si só o problema. Este é justificado também pela falta de profissionais para a realização dos mesmos.

Segundo nos foi relatado, ocorrem casos em que, ao se efetuar uma auditoria que tenha resultado na constatação de algum ato ilícito na gestão do sistema público de saúde, o próprio MS orienta para que o SNA Federal acompanhe este processo nos períodos subsequentes, de modo a verificar o cumprimento das recomendações proferidas pela auditoria. Nestes casos, ocorrem novas visitas desta auditoria. Conforme ressaltado pelo funcionário entrevistado, o retorno dos auditores só ocorre nestes casos.

Por se tratar de um sistema nacional de auditoria, pode haver situações em que os funcionários lotados em outras unidades estaduais do Ministério da Saúde são requisitados para trabalhos noutros estados, o que, por sua vez, mantém todo o quadro profissional do sistema interligado e apto a realizar trabalhos em outras praças, de acordo com as demandas de cada estado. Ou seja, o fato de estarem lotados em um estado específico não significa que estes funcionários vão atuar apenas ali.

Como exemplo, nos foi dito que funcionários do SNA Federal, lotados em Minas Gerais, foram solicitados para a realização de um trabalho de auditoria específica para a área da saúde em Palmas (TO), a pedido do Ministério Público. Segundo este mesmo informante estes foram trabalhos de longa duração, durante os quais todas as despesas foram pagas pelo próprio SNA Federal, não onerando, em nenhum momento, o Ministério Público, que foi o órgão que solicitou a investigação.

Por comporem um sistema nacional e pelo fato de estarem alocados em uma função específica de auditoria, não são previstas distinções salariais entre estes funcionários e os demais integrantes do Ministério da Saúde, guardadas, é claro, as posições hierárquicas. Não existe um plano de carreira específico para estes funcionários, o que pode ser um desincentivo. E, conforme nos foi dito, o quadro de funcionários do SNA Federal não representa custos adicionais ao Ministério da Saúde, pois estes já compunham o quadro de funcionários e não tiveram alterações salariais por passarem a exercer a função de auditores do SUS, havendo apenas um remanejamento de funções.

Este fato leva a outra constatação. Com a criação do SNA, não houve novas admissões, sendo reduzido o quadro de funcionários para a realização destas atividades.

Torna-se mais difícil, assim a execução de auditorias de forma planejada e constante junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde dos entes federados, restando, dessa forma, o cumprimento de atividades voltadas para a apuração das denúncias recebidas.

Foi-nos dito pelo funcionário responsável pelos trabalhos de auditoria desta agência que são diversos tipos as auditorias realizadas, sendo feitas desde as de cunho técnico e assistencial, bem como auditorias contábeis e financeiras. Fomos informados, também, que há um equilíbrio na quantidade de auditorias médicas, assistenciais, contábil e/ou financeiras, realizadas por esta instância, diferentemente do que se verá mais adiante para o SNA Estadual.

A participação dos Tribunais de Contas e do Ministério Público nestas auditorias vai ocorrer quando já estiver caracterizada alguma malversação ou desvio de recursos por parte dos gestores públicos, que poderá ser no nível federal (recurso federal) ou no estadual (recurso estadual).

Apesar de não termos tido acesso aos trabalhos de auditoria realizados pelo SNA Federal, foi-nos dito que os resultados destas ações são divulgados por meio de relatórios que são encaminhados ao ente auditado e ao Ministério Público e/ou Tribunal de Contas da União, para as decisões cabíveis em cada caso. Estes procedimentos são também usuais no SNA Estadual, como veremos mais adiante.

Não tivemos como efetuar pesquisas nos trabalhos de auditoria realizados pelo SNA Federal. O acesso a estes relatórios nos foi negado com a justificativa de serem documentos de caráter sigiloso. Conforme foi-nos dito, tais relatórios são encaminhados somente às partes interessadas no processo e também ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público, quando se tratar de casos de malversação ou desvios de recursos públicos. Os resultados destes trabalhos não são publicizados para a sociedade, mesmo se tratando de processos que envolvem recursos públicos.

No SNA Estadual realizamos entrevistas com alguns funcionários e também pesquisas documentais. Conforme observamos na nossa pesquisa, o foco das auditorias realizadas por esta agência está direcionado, principalmente, para o controle e a fiscalização das áreas técnicas, assistenciais e médicas.

Constatamos, também, que o SNA Municipal só foi implantado em algumas poucas localidades, a despeito do previsto pela legislação. Sequer tivemos como saber quantas agências do SNA Municipal existem no estado.

Os processos de auditoria demandados nas localidades onde não existe o SNA Municipal são encaminhados às Diretorias Regionais de Saúde (DRS's), as quais não foram pesquisadas individualmente, pelo fato de terem suas funções subordinadas ao SNA Estadual.

No nosso entendimento, o repasse dos trabalhos de auditoria para as DRS's é positivo, pois estabelece uma condição de maior independência entre os auditores e os integrantes do poder público local, o que é menos provável quando os auditores estão sujeitos a uma maior influência dos atores políticos locais.

Cabe aqui lembrarmos que, neste trabalho, o que nos interessa, principalmente, é a forma como tais auditorias são desenvolvidas e divulgadas. Ou seja, em que medida tais trabalhos são voltados para o aspecto da probidade contábil e financeira, merecendo menor destaque os outros formatos de auditorias também executadas.

Como ficamos impossibilitados de realizar pesquisas de campo em todas as unidades do SNA Estadual, utilizamos os dados apresentados no “Diagnóstico Situacional” feito pelo DENASUS (2001), que abrange os SNA's de todos os estados brasileiros. Este diagnóstico é apresentado de maneira sintética no Anexo II desta dissertação.

Através destas informações julgamos ser possível efetuar uma análise, ainda que parcial, acerca das prováveis fragilidades do SNA nos estados para, posteriormente, aprofundarmos este estudo a partir dos levantamentos realizados no SNA de Minas Gerais. Ou seja, depois de uma visão geral das fragilidades, identificadas pelo próprio DENASUS, sobre o funcionamento do SNA para cada estado, direcionaremos nossa atenção para a análise dos dados colhidos junto ao SNA de Minas Gerais.

Para iniciarmos esta discussão, cabe chamar a atenção para uma outra informação que julgamos de grande importância nesta pesquisa, que nos foi relatada pelo Coordenador de Auditoria Contábil do SNA Estadual. Este funcionário nos disse que o SNA de Minas Gerais é a instância mais atuante do país, quando se leva em consideração o número de auditorias realizadas. Esta afirmação não teve como ser comprovada.

No Diagnóstico Situacional, apresentado no Anexo II, sintetizamos a análise efetuada pelo DENASUS (2001) em todos os estados da Federação, apontando as deficiências destas agências em cada estado. Trata-se de um diagnóstico qualitativo. Os dados foram analisados em separado por estado. Porém, para as macrorregiões Sul e Sudeste foram considerados da mesma maneira, ou seja, com as mesmas descrições quanto ao funcionamento e fragilidades enfrentadas pelo SNA, nestes estados.

Relacionamos no Anexo II as principais debilidades ressaltadas neste trabalho realizado pelo DENASUS (2001), que redundou em um Diagnóstico Situacional deste sistema

de auditoria para a área de saúde, conforme já dito. A partir deste levantamento, tivemos condições de obter uma análise comparativa sucinta da atuação do SNA em outros estados.

O diagnóstico qualitativo realizado pelo DENASUS (2001) junto às instâncias do SNA em cada estado da Federação analisou os seguintes itens: (a) “área objeto de auditoria não realizada”, que são as áreas nas quais não foram realizadas auditorias pelo SNA Estadual; (b) “problema central” do SNA em cada estado; (c) “causa do problema central”; e (d) “fatores de risco”.

No Anexo II, montamos quadros descritivos para cada estado, cada um dividido em duas colunas. De um lado, relacionamos os itens avaliados no diagnóstico. Estes itens foram apresentados acima e serão os mesmos para todos os estados, estando diretamente relacionados às fragilidades destas agências. Na outra coluna, relacionamos, de maneira resumida, todas as prováveis justificativas para as fragilidades apontadas. Estes dados serão interpretados, quando necessário e possível, no decorrer desta subseção.

O diagnóstico realizado pelo DENASUS lista nos SNA's estaduais um total de 181 problemas distintos, que relacionamos com as prováveis justificativas para as fragilidades do sistema, conforme pode ser constatado no Anexo II. Essa diversidade de problemas parece ser resultado de uma falta de convergência dos propósitos destes órgãos em cada estado e também de estruturas e quadro de funcionários diferenciados.

Dentre as diversas justificativas para as fragilidades do sistema apresentadas neste levantamento, merecem destaque aquelas que tiveram maior incidência. As justificativas que apresentaram uma incidência mais elevada foram a falta de programação para a realização de auditorias e a não realização destes trabalhos, com 22 incidências (12,5% do total). Em seguida, aparecem os problemas relacionados com a deficiência em relação ao apoio logístico, sobretudo em função da quantidade de municipalidades existentes e do difícil acesso a estas localidades, somando 17 incidências (9,4%). Com a mesma quantidade de ocorrências (17 incidências ou 9,4% do total), surge a questão relacionada com a baixa qualificação dos profissionais envolvidos nestes processos de auditoria.

Apresenta uma certa relevância, também, o número de demandas provenientes do Ministério Público e as relativas às denúncias, encaminhadas aos SNA em cada estado. Estas ocorrências foram consideradas, neste diagnóstico, como sendo um problema enfrentado pelo SNA Estadual, uma vez que há um número elevado de encaminhamentos destas denúncias, sobrecarregando todo o sistema. Foram observadas nove dessas incidências, ou 4,9% do total de ocorrências.

Com a mesma quantidade, também nove incidências, ou 4,9% do total, está a questão relacionada ao acúmulo de funções por parte dos funcionários deste sistema de auditoria.

Outra justificativa apresentada no Diagnóstico Situacional realizado pelo DENASUS que teve expressividade foi a não pactuação³⁸ com o DENASUS dos trabalhos de auditoria realizados pelas instâncias do SNA em cada estado, com sete incidências, equivalendo a 3,8% da totalidade. Com o mesmo número de ocorrências, sete, ou 3,8%, foram relacionadas a falta de integração entre os profissionais do SNA nas três instâncias de governo e, também, a incompatibilidade das agendas de trabalho destas agências de controle e fiscalização da área de saúde.

As demais justificativas para os problemas encontrados nas diversas agências do SNA em cada estado têm pequena frequência entre as 181 incidências relacionadas no Anexo II desta dissertação. Contudo, destacaremos algumas destas ocorrências, não por sua recorrência, mas por sua importância na retratação do quadro de fragilidades do sistema de auditoria do SUS. Como exemplo, citamos: a não estruturação do departamento de auditoria, com cinco frequências, perfazendo 2,8% do total; a falta de recursos materiais, patrimoniais e financeiros, com quatro incidências (2,2%); a descontinuidade administrativa e a falta de roteiros de trabalho para as equipes de auditoria, com duas incidências cada uma. Também são importantes ocorrências menos frequentes como “técnicos com dupla militância”, a “interferência política”, o “financiamento da descentralização do sistema de saúde pública”, a “cultura centralizada do sistema” e a “falta de vontade política”. No entanto, essas são alegações pouco elucidativas e que não nos permitem estabelecer conclusões satisfatórias deste levantamento apresentado pelo DENASUS (2001). Ao buscarmos esclarecimentos para estas alegações junto ao SNA, tanto federal como estadual, não obtivemos maiores explicações dos funcionários destas instâncias, uma vez que este diagnóstico foi preparado pela equipe do DENASUS de Brasília.

O Diagnóstico Situacional preparado pelo DENASUS (2001) permite-nos uma maior compreensão, mas que ainda é insuficiente, do funcionamento das diversas agências de controle e fiscalização do SUS e das principais fragilidades deste sistema.

A seguir, procuraremos avaliar os trabalhos de auditoria realizados pelo SNA de Minas Gerais. Realizaremos uma análise dos formatos das auditorias realizadas por esta agência a partir das informações obtidas através das entrevistas efetuadas com os seus

³⁸ A não pactuação com o DENASUS foi considerada neste diagnóstico como sendo a omissão do SNA Estadual em cobrar do estado a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), que vai servir de orientação para a distribuição de recursos para as diversas localidades.

funcionários, do exame da legislação que normatiza o funcionamento deste órgão, da análise dos trabalhos executados e dos pareceres emitidos.

Um aspecto importante que nos chamou a atenção durante a pesquisa junto ao SNA de Minas Gerais foi o fato de os objetivos deste órgão, em sua maior parte, estarem relacionados à condução dos trabalhos de auditoria assistencial e das ações e dos serviços de saúde praticados nas subunidades de governo. Esta constatação difere, em alguns aspectos, do que observamos para o SNA Federal, onde o leque de objetivos parece ser um pouco mais amplo.

Logo abaixo relacionamos, na Tabela V, as mais freqüentes solicitações de auditorias ao SNA de Minas Gerais, nos anos de 1999, 2000 e 2001. Vale lembrar que o sistema de auditoria estadual foi implantado no estado no ano de 1998 e, para este ano, os dados não foram catalogados. De acordo com o que nos foi dito, as ocorrências neste período inicial foram mínimas. No entanto, o volume total das demandas, analisadas de forma agregada, não apresentou progressão regular, conforme nos indica a Tabela V. Os dados apresentados nesta tabela foram coletados pelos funcionários desta agência especialmente para o presente trabalho.

Na tabela não estão computados os processos de auditoria em “Transição”, assim como os casos já “Encaminhados”, uma vez que não há informações sistematizadas sobre o andamento dos processos. Estão registradas na tabela apenas as demandas “Recebidas”.

No entanto, o funcionário do SNA Estadual afirmou que, apesar de não haver um cadastro referente ao estágio de andamento de cada processo de auditoria, todas as demandas que chegam ao SNA Estadual são atendidas. Porém, não tivemos como confirmar esta informação.

Analisando a Tabela V, referente aos anos de 1999, 2000 e 2001, observamos que as demandas por trabalhos de auditoria recebidas pelo SNA Estadual não apresentaram variações regulares durante o período analisado. Na nossa análise, selecionaremos alguns dados que julgamos importantes para que possamos compreender um pouco melhor os trabalhos de auditoria realizados pelo SNA Estadual na área da saúde.

No ano de 1999 não houve demandas recebidas sob o código de “Carta ao usuário³⁹” e também de “Disque-denúncia”. Já nos anos seguintes, estas duas categorias tiveram desempenhos expressivos. No ano de 2000, na categoria “Carta ao usuário” foram recebidas

³⁹ Segundo nos foi dito, o código “carta ao usuário” corresponde às cartas emitidas pelo Ministério da Saúde aos usuários que foram atendidos pelo sistema público de saúde no estado a cada mês. Ou seja, o MS com base nos dados dos atendimentos mensais no serviço público ou contratado, encaminha cartas para alguns destes usuários solicitando informações sobre o atendimento recebido. A metodologia usada pelo MS para a escolha dos usuários que irão receber estas cartas não nos foi passada. As respostas destas cartas são encaminhadas diretamente ao SNA Estadual e vão corresponder às demandas sob o código “carta ao usuário”.

551 demandas, e, em 2001, 827. Pelo código do “Disque-denúncia”, em 2000 foram recebidas 52 demandas; já em 2001, 184. Em relação a estes números foi-nos dito que a não ocorrência de demandas para o ano de 1999 foi devida ao fato de que se tratava de um sistema recente e pouco conhecido da população. O aumento destas demandas nos anos subsequentes foi devido, de acordo com as informações que obtivemos, à maior propagação das informações referentes ao funcionamento deste sistema de auditoria para a área de saúde. Também como justificativa para estes aumentos, foi-nos dito pelo funcionário do SNA Federal que houve uma descentralização destas demandas para o SNA Estadual. Ou seja, todas as demandas recebidas no âmbito federal foram redirecionadas para a esfera estadual.

Um outro aspecto que nos chamou a atenção e que, para este trabalho, tem uma relevância muito grande, está relacionado às demandas recebidas sob o código “Relatório de Auditoria Contábil-Financeiro”. No ano de 1999, foram recebidas 28 demandas para a execução destes trabalhos no estado. Nos anos seguintes, 2000 e 2001, este número aumentou para 64 e para 71 demandas, respectivamente. Em relação a este tipo de auditoria realizada pelo SNA, parece-nos plausível supor que há uma certa tendência ao aumento da conscientização em relação a esta questão, ou seja, de que para o bom andamento do sistema público de saúde em qualquer esfera de governo, é imprescindível o controle e a fiscalização dos recursos repassados via transferências intergovernamentais. Apesar de serem processos deflagrados, na sua grande maioria, por denúncias de irregularidades, com circulação restrita dos resultados, vale a pena observar esta evolução, ainda que ela talvez não corresponda às reais necessidades de fiscalização.

Na Tabela V verificamos também que as demandas recebidas pelo SNA de Minas Gerais sob o código de “Denúncia de dupla cobrança ou cobrança indevida”, não apresentaram uma constância, sofrendo um acréscimo do primeiro ano para o segundo, e, em seguida, um decréscimo do segundo ano para o terceiro. Movimento similar ocorreu em relação às demandas catalogadas como “Denúncia contra CMS⁴⁰” que, para o ano de 1999, foram da ordem de 24 casos e, para o ano de 2000, de 87 casos. Já para o ano seguinte, 2001, foram apenas 44 casos. Também não constatamos uma constância em relação aos processos recebidos sob o código de “Recurso de Prestador⁴¹”. No ano de 1999, foram recebidos 86 processos, número que se reduziu para 76 casos em 2000; no ano seguinte foram 98 demandas.

⁴⁰ As demandas recebidas pelo SNA Estadual pelo código de “Denúncia contra CMS” referem-se às denúncias efetuadas pelos usuários ou mesmo pelos gestores do SUS local contra o Conselho de Saúde.

⁴¹ As demandas recebidas pelo SNA Estadual pelo código de “Recurso de Prestador” são decorrentes de qualquer notificação encaminhada pelo SNA Estadual ao prestador de serviços contratado e que gere algum direito de

Por outro lado, a quantidade de demandas catalogadas como “Recurso de Gestor⁴²”, que representa as contestações apresentadas pelos gestores do SUS local, segue uma linha decrescente, de acordo com o observado na Tabela V. No ano de 1999, o número de processos recebidos foi de 236, reduzindo-se para 209 casos no ano de 2000 e para 143 em 2001.

No entanto, as denúncias feitas contra os gestores do SUS local, sob o código “Denúncia contra Gestores⁴³”, apresentaram um crescimento constante nos anos apresentados. Em 1999 foram 22 casos, sendo que em 2000 foram registradas 45 denúncias, número que subiu para 73 em 2001.

Para o código “Relatórios de Auditorias Programadas⁴⁴” observamos que o total das demandas, analisadas de forma agregada, para as auditorias do SNA Estadual não apresentam regularidade, refletindo um aumento de 1999 para 2000 e um decréscimo no ano seguinte. Cabe ressaltar que tais ocorrências não incluem auditorias de caráter contábil e/ou financeiro. Neste ponto, parece ficar comprovada mais uma hipótese levantada no início desta dissertação, que se refere à carência de auditorias nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde, de forma programada e com periodicidade estabelecida *a priori*.

Como nos mostra a Tabela V, foram poucos os trabalhos de auditoria realizados pelo SNA de Minas Gerais que geraram “Relatórios de Auditorias Especiais⁴⁵”.

Como uma análise mais geral da Tabela V, pode-se dizer que parece evidente a pouca expressão deste órgão, dado o reduzido número de trabalhos realizados, tomando como referência a quantidade de municípios no estado que recebem repasses de recursos do SUS e os convênios firmados na área de saúde, que estão sujeitos a terem suas contas auditadas. Contudo, até para não desmerecer os avanços ocorridos nesta área, chamamos a atenção para o reduzido número de funcionários existentes neste órgão, incapaz de cobrir todo o estado, fato este que será discutido mais adiante.

resposta por parte deste prestador de serviços que, na maioria das vezes, entra com recurso pedindo reavaliação do processo.

⁴² As demandas recebidas pelo SNA Estadual pelo código de “Recurso de Gestor” são decorrentes de qualquer notificação encaminhada pelo SNA Estadual aos gestores de saúde locais. Estas notificações vão ser encaminhadas na forma de “advertência escrita” aos gestores. Quando há uma discordância por parte do gestor com os termos da notificação, em alguns casos estes gestores entram com recurso pedindo reavaliação do processo. Contudo, conforme foi-nos dito, grande parte destas advertências escritas encaminhadas aos gestores são engavetadas por eles.

⁴³ As demandas recebidas pelo SNA Estadual pelo código de “Denúncia contra Gestor” referem-se às denúncias efetuadas ou pelos Conselhos Municipais de Saúde ou pelos próprios usuários do sistema e saúde pública local.

⁴⁴ Os Relatórios de Auditoria Programada são referentes aos trabalhos de auditoria executados com programação prévia pelo SNA. São todas relativas aos serviços de saúde. Não se incluem, aqui, as auditorias de cunho contábil e financeiro.

⁴⁵ Segundo foi-nos dito, os “Relatórios de Auditoria Especiais” são decorrentes de auditorias que, de alguma forma, ocasionam algum tipo de repercussão na sociedade, normalmente através de divulgação pela mídia.

Mas, retomando o objetivo central desta dissertação, que se refere aos mecanismos de auditoria, controle e fiscalização contábil e financeira dos recursos transferidos para as Secretarias e/ou Fundos de Saúde dos entes federados, acredito já termos arrolado indícios que atestam a vulnerabilidade dos instrumentos de controle vigentes. Ou seja, mais uma vez constatamos a grande distância existente entre o estabelecido pela legislação brasileira e a sua aplicação prática em cenários heterogêneos, com conflitos de interesses entre os atores das três esferas de governo.

Foi-nos dito pelo funcionário do SNA Estadual que, nos trabalhos realizados por esta agência, as precariedades encontradas com mais frequência nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde são referentes: à documentação contábil-financeira (como, por exemplo: notas fiscais, empenhos, faturas, etc.) bem como fragilidades da documentação de atendimento aos usuários (como por exemplo: fichas clínicas, prontuários, requisições de exames, etc.); a impropriedades e irregularidades no cadastro das unidades prestadoras de serviço; ao fato de a rede privada ter maior número de leitos cadastrados do que a rede pública; à duplicidade de pagamentos de procedimentos; à incompatibilidade entre o procedimento realizado e o tempo de permanência dos usuários assistidos; a internações desnecessárias, dentre outros.

Ademais, a utilização destes recursos públicos, ao que parece, ocorre, muitas vezes, sem elementos comprobatórios de despesas, havendo, ainda, casos de utilização dos recursos do SUS para pagamento de encargos trabalhistas (salários e obrigações sociais) para servidores lotados nas Secretarias e/ou Fundos de Saúde, que não exercem, diretamente, atividades fins ligadas à assistência à saúde. Constata-se, também, a ausência ou insuficiência de planos de aplicação e prestação de contas, por parte dos municípios. Vale ressaltar que todos estes problemas relatados por este funcionário redundam em mal uso dos recursos públicos ou mesmo em desvios destes valores.

Tabela V

**TOTAL DE DEMANDAS POR AUDITORIA RECEBIDAS PELO SNA ESTADUAL
DE MINAS GERAIS**

Código	Descrição do Código	Número de Demandas por Auditorias Recebidas pelo SNA Estadual		
		1999	2000	2001
100	Memorando Circular de Orientação Técnica às DRS's			
101	Determinação de Auditorias às DRS's			
104	Solicitação de esclarecimentos			
106	Encaminhamento de documentos			
108	Prestação de esclarecimentos			
119	Liberação de Auditores e Servidores			
130	Solicitação de providências			
137	Carta do usuário		551	827
138	Disque denúncia		052	184
139	Solicitação de documentos			
140	SAC/SUS			024
1113	Relatório de Auditoria Multisetorial		003	007
1600	Relatório de Auditoria Contábil-Financeiro	028	064	071
2000	Denúncia de dupla cobrança ou cobrança indevida	274	536	027
2001	Denúncia de mal atendimento profissional	047	091	023
2003	Denúncia de mal atendimento pelo serviço	077	306	056
2100	Denúncia contra Gestores	022	045	073
2200	Denúncia contra CMS	024	087	044
3000	Consulta Técnica	011	027	029
4000	Recurso de Prestador	086	076	098
4500	Recurso de Gestor	236	209	143
Subtotal A		805	2.047	1.606
1003	Relatório Auditoria Programada Gestão Plena Básico	161	162	118
1004	Relatório Auditoria Programada Gestão Plena Sistema	024	026	017
1100	Relatório Auditoria Programada Ambulatorial Geral	139	134	060
1101	Relatório Auditoria Programada Odontológica	168	159	107
1110	Relatório Auditoria Programada Amb. Psiquiátrico		006	007
1300	Relatório Auditoria Programada PSF	024	048	027
1400	Relatório Auditoria Programada Hospital Geral	084	119	052
1500	Relatório Auditoria Programada em Consórcio	008		002
Subtotal B		608	654	390
1010	Relatório Auditoria Especial Gestão Incipiente	001		001
1013	Relatório Auditoria Especial Gestão Plena de Básico	011	013	010
1014	Relatório Auditoria Especial Gestão Plena de Sistema		003	006
1150	Relatório Auditoria Especial Ambulatorial Geral		003	004
1155	Relatório Auditoria Especial Amb. Hemodiálise	002	001	001
Subtotal C		14	20	22
1102	Relatório Auditoria Ambulatorial de Enfermagem	070	078	025
1105	Relatório Auditoria Ambulatorial de Hemodiálise	004	006	005
Subtotal D		74	84	30
Total (A+ B + C + D)		1.501	2.805	2.048

Fonte: Tabela elaborada pelos funcionários do SNA Estadual (2002): dados coletados internamente.

Médici (1995) chama a atenção para o fato de que uma das vicissitudes do sistema é o número elevado de fraudes por parte dos prestadores de serviços de saúde. Estas ações de improbidade parecem ser respaldadas pelo fato de o usuário, ao efetuar um procedimento que não está sendo pago por ele no ato do atendimento, normalmente não tem a preocupação de averiguar o correto registro do serviço prestado, dando margem ao superfaturamento ou a algum tipo de adulteração na natureza do serviço registrado.

De acordo com o Coordenador de Auditoria Contábil do SNA Estadual, uma das principais causas de denúncias são os desvios ocorridos com os seguintes itens: combustíveis, medicamentos e obras. Este fato foi atestado em nossa análise de uma denúncia efetuada por um Conselho Municipal de Saúde, que a encaminhou diretamente ao Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG), o qual, por sua vez, repassou-a ao SNA Estadual para averiguações. Ao lermos os termos da carta de denúncia do Conselho Municipal de Saúde, constatamos que se tratava de um questionamento acerca da quantidade de combustível gasta pelo gestor do SUS local. A incidência de desvios nestas contas se dá, de acordo com o funcionário do SNA Estadual entrevistado, principalmente por serem elas contas que movimentam uma quantidade expressiva de recursos e que podem ser facilmente transgredidas, seja por adulteração de notas, por superfaturamento, por gastos desnecessários, e assim por diante. Como exemplo, ainda no item combustível, não são incomuns situações em que o gestor do sistema de saúde é amigo do dono do posto de gasolina, podendo este facilitar o desvio de recursos desta conta. Em relação aos medicamentos, de acordo com este funcionário, ocorrem situações em que os familiares ou amigos do gestor local da saúde são privilegiados quando de compras de medicamentos, ocorrendo, também, superfaturamento de preços. Quanto aos desvios relacionados com as obras, tem sido registrada a incidência de notas frias, gastos desnecessários, dentre outros.

De acordo com este funcionário entrevistado, as denúncias feitas pelos Conselhos de Saúde, em alguns casos, ocorrem em situações nas quais algum dos integrantes do conselho é politicamente contrário ao chefe do poder Executivo local. Em certos casos, segundo as informações coletadas, passa a ocorrer um “patrulhamento” das ações e dos gastos realizados no âmbito da saúde, mais em função de divergências políticas do que propriamente em cumprimento das funções previstas para o conselho. Estas medidas podem emperrar o funcionamento do conselho. Cabe lembrar, ainda, que o contrário também parece ser perfeitamente possível, ou seja, os membros do Conselho Municipal de Saúde seriam partidários do chefe do Executivo local, podendo, assim, encobrir situações de mau uso dos recursos públicos.

A maior parte dos trabalhos realizados pelo SNA Estadual é de auditoria analítica⁴⁶. Tais auditorias têm como propósito averiguar ou mesmo auxiliar as unidades subnacionais de governo em questões relacionadas com a adequada aplicação dos recursos provenientes do SUS, bem como quanto aos serviços prestados e ao cumprimento do Programa Municipal de Saúde (PMS). Os trabalhos de auditoria, tanto contábil quanto financeira, são realizados, porém, em menor escala, pois há um número reduzido de funcionários habilitados.

Para o cumprimento das demandas por auditorias técnicas na área de saúde, o SNA de Minas Gerais conta com um quadro de 25 auditores assistenciais (entre médicos e profissionais da área de saúde) e três auditores para a área contábil e financeira no nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES) – SNA Estadual. Em nível regional, nas DRS's, são 120 auditores assistenciais e 20 auditores para a área contábil e financeira, que vão compor o quadro dos profissionais das 28 DRS's existentes no estado, com um total de 168 auditores concursados e mais os funcionários com recrutamento amplo, que são os contratados por tempo delimitado, comissionados e com livre nomeação e exoneração do cargo.

Entre os profissionais do SNA Estadual, conforme observamos, o princípio da independência parece ser preservado, pois não há subordinação hierárquica ou vínculo salarial entre o auditor e o auditado. Adicionalmente, quando alguma auditoria ocorre na cidade onde está alocada a DRS, os trabalhos são executados por auditores de uma outra DRS ou mesmo do SNA Estadual.

Como vimos, um dos motivos que parece explicar a insuficiência dos trabalhos de auditoria voltados para a contas contábeis, financeiras e orçamentárias é o reduzido número de profissionais especializados. Realmente, neste aspecto é evidente o desencontro entre a demanda por estes serviços e, sobretudo, a necessidade deles, e a quantidade de funcionários disponíveis para a sua realização.

Outras formas de demanda pelas auditorias executadas pelo SNA Estadual, de acordo com o observado nos relatórios de auditoria, ocorrem a partir de situações como: falta de aplicação da contrapartida de recursos⁴⁷ que cabe às municipalidades, desvios de finalidade dos repasses, aplicação irregular dos recursos financeiros transferidos, malversação destes recursos públicos, omissão por parte do gestor público em apresentar relatório de gestão,

⁴⁶ A auditoria analítica refere-se ao conjunto de procedimentos especializados, consistindo na análise de relatórios, processos e documentos, com a finalidade de avaliar se os serviços e os sistemas de saúde atendem às normas e padrões previamente definidos, reforçando o perfil da assistência à saúde e seus controles.

⁴⁷ Os recursos referentes às contrapartidas das municipalidades estão previstos na portaria 3.925/1998 e também no artigo 33 da lei 8.080/1990.

dentre outras situações previstas na legislação vigente⁴⁸. Uma outra forma de manifestação destas irregularidades é quando os recursos referentes à saúde local, mesmo tendo uma destinação específica (ou seja, é um “dinheiro carimbado”), são (re)alocados em outras áreas, tendo, na grande maioria das vezes, a finalidade de cobrir déficits em outras contas do governo local.

Nestes casos, estão previstas medidas como: a instauração de tomada de contas e o acionamento do Ministério Público, para os casos em que há a constatação de improbidade administrativa ou de desvio de recursos.

Estes desvios são registrados nos relatórios de auditoria realizados pelo SNA Estadual. Em análise a um relatório de auditoria preparado pelo Coordenador de Auditoria Contábil, observamos a seguinte ocorrência: o gestor público local aplicou no sistema financeiro, durante todos os meses do ano, de forma cumulativa, os recursos transferidos para o sistema público de saúde do município. Desde modo, ao receber mensalmente estes créditos, via repasse fundo a fundo, com destinação específica para a área de saúde, ocorre um desvio da real função destes recursos. Muitas vezes também não ocorre o depósito, por parte do município, referente à contrapartida correspondente àquele repasse. Ao final do exercício, os rendimentos destas aplicações financeiras não são destinados ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), mas são alocados noutras contas, como por exemplo para o pagamento do 13º salário do funcionalismo público. Como agravante, ocorrem situações em que, ao final do exercício, nem o valor principal, que fora repassado pelo SUS mensalmente para o município, é restituído ao FMS.

Quanto ao uso e à aplicação dos recursos provenientes do SUS, destinados às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, em outras finalidades, observamos que, mesmo se tratando de recursos específicos para as atividades fins da saúde, ocorrem descumprimentos de toda ordem. Verificamos nas auditorias realizadas uma situação em que o chefe do poder Executivo local usou dos recursos destinados ao Fundo de Saúde para finalidades administrativas da prefeitura, como o pagamento de salários, com a alegação de que tais recursos foram utilizados para um caso de “calamidade administrativa”, conforme descrito no relatório de auditoria preparado pelo SNA Estadual. Como agravante do processo, os recursos que foram ressarcidos pelo poder público local ao Fundo Municipal de Saúde, conforme exigido pela auditoria, no mês subsequente, foram retirados da conta do Fundo sem justificativas. Em casos como este, os fatos são relatados ao Ministério Público para a tomada

⁴⁸ Ver artigo 1º, incisos I a III da portaria 1.475/1994.

das providências cabíveis. A partir daí, o SNA Estadual não mais tem o controle deste processo. Isso corrobora o que foi dito anteriormente quanto ao fato do SNA ser uma instância intermediária, com reduzida visibilidade social das suas funções.

Desenvolvendo um pouco do que foi dito nos capítulos anteriores, tem-se que muitas vezes o critério para a alocação de rendas públicas, segundo Silva (1997), é definido a partir de pressões e apadrinhamentos junto ao poder público, o que dificilmente proporciona benefícios de caráter universal. Parece, conforme já discutido, que esta concepção de predação de rendas configura-se a partir de uma estratégia consciente dos atores sociais envolvidos com o poder público, pois toma como premissa que a punição para estes casos parece ocorrer de maneira “aleatória, tanto quanto a pena é errática”. Em virtude desta concepção, cria-se uma consciência de que a “justiça é lotérica”, fato este que encoraja a prática de atos ilícitos (p.101).

Um outro ponto interessante, que merece algum destaque, é o fato de que os trabalhos de auditoria realizados pelo SNA com a finalidade de averiguar as áreas contábil e financeira apresentam metodologias similares aos executados pelas auditorias externas independentes, de cunho privado, apresentando as comprovações dos dados analisados nos trabalhos de auditoria. Os formatos adotados para a realização dos trabalhos se assemelham na metodologia, embora os resultados sejam apresentados de outra forma, diferindo sobretudo no que diz respeito à sua publicização. Ao final dos trabalhos são confeccionados os relatórios de conclusão destas auditorias, que trazem em seu escopo as evidências observadas. Estes relatórios são encaminhados às Secretarias e/ou Fundos de Saúde locais e, após serem examinados, são levados ao conhecimento dos Conselhos de Saúde. Não havendo uma justificativa para as eventuais não-conformidades encontradas, este relatório é encaminhado para o Ministério Público, para que, a partir deste documento, se efetue (ou não) a punição pertinente.

De acordo com o Coordenador de Auditoria Contábil, os relatórios preparados pela auditoria não são encaminhados em um primeiro momento para os Conselhos de Saúde, uma vez que as informações levantadas pelos trabalhos de auditoria podem gerar pressões ou cobranças indevidas, por parte destes conselhos, junto ao poder público local.

Esta postura adotada pelo SNA Estadual é justificada, segundo as informações que obtivemos, pela incerteza quanto aos interesses dos membros dos conselhos, os quais podem, às vezes, ser guiados por um viés político e partidário. Com a justificativa, em alguns casos válida, em outros não, de ser esta uma instância sem isenção política e com baixa capacitação técnica, parece que ela é alijada, até onde observamos, da participação nos processos de

auditoria e dos resultados técnicos proferidos pelo órgão de controle e fiscalização do SUS, que é o SNA.

Assim, os relatórios preparados pela auditoria têm normalmente uma destinação restrita. Não se tornam conhecidos da população, pois tampouco são veiculados em instrumentos de comunicação de massa, como os jornais locais.

Na análise de alguns relatórios emitidos pelo SNA Estadual, observamos que são avaliadas, sobretudo, as formas de alocação dos recursos repassados pelo SUS para estas subunidades de governo, não se atentando nas questões de contabilização destes valores e nem havendo preocupação com a divulgação dos resultados.

Estes trabalhos de auditoria não são divulgados através de balanços patrimoniais, mas sim através de relatórios discursivos e circunstanciados, fato este que não permite observar a evolução destas contas ao longo do período analisado, nem o cumprimento dos princípios legalmente aceitos de contabilidade, abrindo-se mão de uma ferramenta de extrema importância para a promoção da transparência e da lisura administrativa e financeira.

Neste ponto destacamos, mais uma vez, que tecnicamente estes trabalhos têm a característica de perícia, e não de auditoria, como definido pelo SNA Estadual. Ademais, os resultados apresentados não chegam ao conhecimento da população.

Para exemplificar um pouco do que observamos nos relatórios de auditoria realizados por este órgão, usaremos os dados levantados em um parecer remetido pelo SNA Estadual ao Ministério Público em 2002. Conforme frisado anteriormente, o envio de pareceres ao Ministério Público se dá em última instância, ou seja, quando cessarem as possibilidades de resolução dos problemas encontrados pela auditoria de forma administrativa, quando, então, o gestor local cumpre com as recomendações da auditoria. No caso que estamos analisando, o gestor local não atendeu às solicitações para a regularização de determinado aspecto ressaltado pela auditoria. Uma vez encaminhado ao Ministério Público, o SNA perde o controle do andamento do processo, conforme já dito.

No caso em questão, a auditoria realizada pelo SNA Estadual relatou no parecer remetido ao Ministério Público as seguintes irregularidades: (a) o Plano Municipal de Saúde não foi atualizado, não tendo sido apresentado o Relatório de Gestão para o ano avaliado; (b) não houve prestação de contas dos recursos do Fundo Municipal de Saúde ao Conselho Municipal de Saúde; (c) a contrapartida dos recursos não foi depositada na conta do FMS; (d) o gestor municipal não gere diretamente os recursos do FMS; e (e) não houve o cumprimento do convênio estabelecido pela prefeitura municipal com entidade filantrópica, pelo qual deveriam ser depositados mensalmente recursos para a execução de serviços de saúde.

Estas mesmas distorções foram comunicadas ao gestor local anteriormente, que não se manifestou no sentido da regularização destes itens. Em decorrência das distorções mencionadas acima, o município recebeu uma penalidade na forma de “Advertência Escrita”, sendo concedido um prazo para a interposição de recurso. Nesta fase do processo de auditoria, o município recebe, também, um comunicado de que outras medidas mais austeras poderiam ocorrer, como o encaminhamento deste processo ao Ministério Público, caso o município não se pronunciasse em relação às irregularidades mencionadas no parecer da auditoria realizada pelo SNA Estadual.

Em resposta, o referido município encaminhou ao SNA Estadual justificativas incompletas e sem sustentação documental comprobatória dos itens mencionados no relatório da auditoria. Destacamos o seguinte: em relação ao fato de não ter havido prestação de contas dos recursos do FMS ao CMS, foi informado que “a prestação de contas existe, mas não consta de ata, pois os próprios conselheiros optaram por receber a prestação de contas através de impressos” (sic). Contudo, conforme ressaltado pela auditoria, a documentação comprobatória desta prestação de contas não foi disponibilizada pelo município. No que diz respeito à distorção referente ao não depósito das contrapartidas por parte do município, foi encaminhado o movimento bancário, onde foi constatado pela auditoria que, na movimentação bancária do FMS, os valores referentes às contrapartidas do município não foram depositados na sua totalidade. Portanto, não houve regularização da distorção verificada anteriormente. Como agravante deste processo, houve transferências de recursos da conta do FMS para o pagamento de atividades administrativas da prefeitura, o que é vedado pela legislação vigente.

Deste modo, o parecer emitido pelo SNA Estadual ao Ministério Público em relação a este caso conclui que as justificativas apresentadas pela Secretaria de Saúde do município em questão não foram suficientes para a explicitação das distorções mencionadas no relatório apresentado.

Constatamos, a partir da pesquisa junto ao SNA Estadual, que essas auditorias não são realizadas periodicamente. Elas ocorrem, em sua grande maioria, a partir de denúncias de irregularidades que de fato são operações de “apagar incêndio”, conforme já frisado anteriormente. Esta condição, por sua vez, não contribui ou contribui muito pouco para a formação de uma consciência de responsabilização e prestação de contas por parte dos atores envolvidos.

Mesmo sendo valorizada pelos técnicos desta agência a necessidade de se realizarem auditorias de caráter preventivo junto às Secretarias e/ou Fundos de Saúde, essas atividades

ainda são mal interpretadas pelos atores envolvidos com o sistema. Exemplo deste mau entendimento, ocorreu, segundo nos foi relatado pelo funcionário do SNA de Minas Gerais, quando, da realização de uma auditoria unicamente com este caráter preventivo (uma das poucas dessa modalidade ocorridas, de acordo com o que nos foi dito). Ao explicar a um membro do Conselho Municipal de Saúde que aquela auditoria não tinha como propósito averiguar irregularidades nas contas do Fundo de Saúde local, mas, sim, apresentava um caráter “pedagógico⁴⁹” (ou seja, o mesmo que preventivo ou de acompanhamento), este membro do Conselho tomou a palavra e ironizou, dizendo que: “já tinha ouvido falar em auditoria externa independente, mas nunca em auditoria pedagógica”.

Esta má interpretação da auditoria parece ser comum em alguns trabalhos realizados, seja na esfera pública ou na privada. A auditoria é encarada, sobretudo pelos funcionários envolvidos diretamente com o fornecimento de informações sobre o funcionamento de determinada conta, como uma atividade que busca sempre algum tipo de desvio, sendo pensada como uma atividade de “caça às bruxas”, que procura apontar o responsável por algum ato ilícito. Cabe ressaltar que nem sempre este tipo de trabalho vai ter esta conotação, tendo, na grande maioria das oportunidades, uma função relacionada mais com a garantia de uma boa prática financeira e contábil, no sentido de fornecer aos auditorados uma visão externa de determinada situação ou conta.

No tocante à esfera municipal, pelo que observamos dos serviços de auditoria realizados pelo SNA Municipal, o sistema ainda é muito incipiente. O serviço é composto por 10 auditores, sendo todos com formação médica, o que, por sua vez, já descarta a ocorrência de auditorias voltadas para as áreas financeira e contábil. Adicionalmente, estes profissionais, por serem médicos, exercem atividades em consultórios particulares, não tendo uma dedicação exclusiva ao SNA do município.

Pelo fato de a formação específica destes profissionais integrantes do corpo técnico do SNA Municipal ser prioritariamente na área de saúde, as auditorias realizadas por esta instância vão apresentar uma conotação exclusivamente técnica, abrangendo as áreas assistencial e médica. Por esse motivo, não nos ativemos aos formatos destes trabalhos.

Por se tratar de uma auditoria interna realizada no âmbito do SUS, as instâncias do SNA exercem, principalmente, trabalhos de auditoria voltados para o cumprimento das normas expedidas pelo próprio SUS. Portanto, elas têm como função verificar a validação da

⁴⁹ O regulamento do SNA Estadual prevê, na classificação das auditorias, a forma auditoria preventiva ou pedagógica, que se refere à consequência da ação. Este tipo de auditoria é realizada com o objetivo de evitar violações de normas, visando a orientação e o esclarecimento das contas do sistema público de saúde local.

quantidade de serviços de saúde e o custo destes serviços, conforme verificamos anteriormente. Isto reforça a necessidade de uma auditoria externa que atue nestas contas, voltada para o aspecto contábil e financeiro. Como visto no decorrer desta subseção, a ocorrência de auditorias com tais características é bem reduzida, sobretudo em função do número também reduzido de profissionais capazes de executá-las.

No Anexo III faremos um breve exercício chamando a atenção para o possível impacto da atuação de auditorias privadas na auditoragem das contas do sistema público de saúde nas subunidades de governo.

Contudo, como já visto, existem, no Brasil, diversas instituições destinadas ao controle e à fiscalização dos recursos destinados ao custeio da saúde pública, como: os Tribunais de Contas, nas várias instâncias; o Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo; e os Conselhos de Saúde. No entanto, estas instâncias na maioria das vezes não trabalham de forma articulada.

Conforme dito anteriormente e verificado em algumas oportunidades, é grande o desencontro entre o que é previsto na legislação que rege o sistema de saúde no Brasil e a sua efetivação na prática.

Em resumo, à existência de auditorias para casos específicos, não corresponde a um aumento na segurança quanto ao desempenho e a probidade das ações e dos gastos praticados pelos gestores da saúde pública nas subunidades de governo.

As auditorias realizadas parecem não apresentar os resultados esperados, pois, ao se limitarem ao controle e à fiscalização da execução dos serviços de saúde, deixam de atentar para questões importantes como a execução de auditorias nas contas contábeis, financeiras, orçamentárias e patrimoniais das Secretarias e/ou Fundos de Saúde, realizadas de forma independente e com a publicação dos seus resultados, tema este central no desenvolvimento do presente trabalho.

Por fim, acredito que conseguimos avançar um pouco mais no entendimento dos mecanismos de funcionamento do controle e fiscalização das ações e dos recursos destinados à saúde pública, a partir da descentralização de recursos proporcionada pelo SUS. As informações que coletamos no trabalho de campo nos permitiram conhecer um pouco mais sobre os mecanismos de funcionamento das auditorias realizadas nas contas do sistema público de saúde nas subunidades de governo. Estes trabalhos de auditoria realizados pelos Tribunais de Contas e pelo Sistema Nacional de Auditoria, nas três esferas de governo, podem ser pensados como instrumentos da *accountability* horizontal, enquanto os Conselhos de Saúde seriam instâncias da *accountability* societal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação procuramos entender como se dá o processo de controle e fiscalização dos recursos destinados à saúde no Brasil. O estudo foi voltado para a compreensão dos mecanismos vigentes para a consecução desses objetivos, complexificados pelo processo de transferência de recursos e pela descentralização fiscal.

A legislação que rege este sistema de controle e fiscalização dos recursos destinados ao custeio da saúde pública é rígida. Deste modo, os recursos públicos, em tese, seriam melhor controlados. Ademais, não há apenas uma única agência com esta incumbência.

No entanto, no decorrer deste trabalho constatamos a validade da constatação feita por O'Donnell (1997) acerca da fragilidade dos mecanismos de *accountability* horizontal. Esta fragilidade é percebida ao analisarmos as instâncias de controle e fiscalização dos recursos destinados ao sistema de saúde pública nas unidades subnacionais. Foram pesquisadas as seguintes instâncias: TCU (Secex-MG), TCE-MG, CES-MG, CMS-BH e o SNA, nos três níveis de governo.

As pesquisas nos indicaram que as auditorias realizadas nas contas do sistema público de saúde, seja nas Secretarias seja nos Fundos de Saúde, raramente ocorrem segundo uma programação prévia ou seguem uma periodicidade definida. Ocorrem, segundo observamos, em decorrência de denúncias de irregularidades praticadas pelo gestor do SUS local ou por qualquer integrante da administração pública.

Um outro fator que sublinha a fragilidade deste sistema relaciona-se às formas de publicização dos resultados destes trabalhos, quando ela de fato ocorre. Nos relatórios de auditoria a que tivemos acesso durante as pesquisas que realizamos, pudemos constatar um elevado grau de tecnificação. Estes relatórios não são divulgados à população. Permanecem restritos às partes envolvidas no processo, aos órgãos de controle, ao Ministério Público e, em alguns casos, são destinados também aos Conselhos de Saúde. Portanto, na maioria das vezes, a sociedade fica alijada deste processo.

A precariedade dos mecanismos de controle e fiscalização dos recursos públicos destinados ao custeio das ações e serviços de saúde, pelo que observamos nos trabalhos de pesquisa, é percebida em todas as instâncias. Salta aos olhos, sobretudo, o desencontro entre o

que é previsto na legislação que rege o funcionamento do sistema de controle e fiscalização destas contas no Brasil e a aplicação destas normas na prática. São vários os motivos das fragilidades dessas agências de *accountability* horizontal, como verificamos no decorrer das pesquisas. Os recursos públicos, quando chegam à ponta, no ente federado, são mal controlados, quando o são.

Conforme observamos no decorrer desta dissertação, os mecanismos legais de controle e fiscalização dos recursos destinados ao custeio da saúde pública são aplicados a todos os entes federados. Porém, a quantidade excessiva de municípios sobrecarrega todo o sistema de controle. Ademais, as demandas por esses trabalhos de auditoria são normalmente deflagradas externamente, na maioria das vezes por denúncias. No entanto, como se sabe, o fato de não haver denúncia não significa que o sistema de saúde local esteja funcionando bem, ou que não há nenhuma irregularidade.

A questão é que, no Brasil, parece que as políticas públicas são decididas e executadas por detrás de um véu opaco, o que fomenta a irresponsabilidade por parte de uma parcela significativa dos gestores públicos, em todos os níveis, minando a eficiência das políticas e fazendo com que os escassos recursos possam “escorrer pelo ralo” da corrupção e da improbidade administrativa. Ao que parece, é evidente a fragilidade dos mecanismos de *accountability* horizontal do país.

A institucionalização de procedimentos de controle externo, no Brasil, é aparentemente precária. Isto ocorre, sobretudo, em função de a execução destes trabalhos de auditoria e controle externos independentes encontrarem diversos obstáculos e de ser restrita a publicização dos seus resultados (TAMASSIA, 2000).

Como é sabido, o balanço patrimonial, assim como as demonstrações financeiras e o parecer da auditoria independente, auxiliam na promoção da transparência, apresentando-se como um importante mecanismo para levar informações à população. Porém, a transparência não se dá pela simples publicação de informações. Elas têm que ser veiculadas de maneira clara e inteligível. Ou seja, é preciso haver simplicidade na publicação, para que as informações sejam compreendidas, rompendo com a tecnificação, de modo a propiciar e formatar uma maior *accountability*. Tais informações sobre as finanças públicas destinam-se não somente aos gestores públicos, mas, também, a toda a sociedade, para que, a partir daí, se possa ter uma avaliação mais precisa destes gestores.

Por isso, fica clara a necessidade de independência por parte do agente responsável pela fiscalização ou auditoria. Não deve, portanto, existir entre o auditor e a entidade auditada qualquer relação de interesses (o auditor tem que ser independente), de forma a preservá-lo de influências que possam afetar a sua análise. A partir daí, os resultados destes trabalhos seriam divulgados para toda a sociedade. Este seria o cenário desejável.

Contudo, no contexto brasileiro, este cenário, aparentemente, ainda encontra-se distante, uma vez que a posição orçamentária, financeira e contábil das entidades públicas não é apresentada de forma inteligível e que, normalmente, o acesso a estas informações é precário.

Por fim, encerramos esta dissertação cientes de que resta muito ainda a ser discutido sobre o tema. Cabe destacar aqui, também, a impossibilidade de se afirmar, para os demais segmentos do setor público, a pertinência de nossas conclusões. Mas, ao que parece, no Brasil é patente este descompasso entre o que está previsto na lei e a execução concreta destas normatizações. Mais uma vez nos deparamos com uma cultura política que incorporou, ao longo dos anos, a expressão de que “tal lei não pegou”, ou seja, não é exequível, não se aplica à realidade ou, mesmo, não cumpre suas funções.

BIBLIOGRAFIA

- ABRUCIO, Fernando L. & COUTO, Cláudio Gonçalves. (1996), “A redefinição do papel do Estado no âmbito local”. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 10, 3: 40-47.
- _____, Fernando L. & COSTA, Valeriano M. F. (1998), *Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro*. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer.
- _____, Fernando L. (2002), *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Hucitec.
- AFONSO, José R. (1993), Descentralização Fiscal e Financiamento da Saúde: algumas idéias ou provocações. *Texto para Discussão OPAS*, 16, (mimeo).
- _____, José R. Rodrigues. (1994), Descentralização Fiscal: revendo idéias. *in*: Artigo de pesquisa para CEPAL/NAÇÕES UNIDAS, no âmbito do Projeto Regional Descentralização Fiscal na América Latina, (mimeo).
- _____, José R. Rodrigues e LOBO, Thereza. (1996), Descentralização fiscal e participação em experiências democráticas retardatárias. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, 14: 3-34.
- _____, José R. Rodrigues. (1996), Descentralizar e depois estabilizar: a complexa experiência brasileira. *Revista do BNDES*, 3, nº 5: 31-62.
- _____, José R. Rodrigues; CORREIA, Cristóvão A.; ARAÚJO, Érika A.; RAMUNDO, Júlio C. Maciel; DAVID, Maurício D. e SANTOS, Rômulo M. (1998), Municípios, arrecadação e administração tributária: quebrando tabus. *Revista do BNDES*. Rio de Janeiro, 10: 3-36.
- _____, José R. Rodrigues; VERSANO, Ricardo; ARAÚJO, Érika A.; RAMUNDO, Júlio C. Maciel; PESSOA, Elisa de Paula e SILVA, Napoleão L. C. (1998), Tributação no Brasil: características marcantes e diretrizes para a reforma. *Revista do BNDES*, 9: 25-50.
- _____, José R.; ARAÚJO, Érika A. e OLIVEIRA, Paulo André de. (2001), Receita municipal: a importância das transferências do FPM e do SUS. *Informe-se. Secretaria para Assuntos Fiscais (SF)*, 28.
- AFFONSO, Rui de Britto Álvares. (1995), “A federação no Brasil: impasses e perspectivas”. *in*: AFFONSO, Rui de Britto Álvares e SILVA, Pedro Luiz B. *A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados*, São Paulo, FUNDAP.
- ALMEIDA, Célia. (1998), “O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama atual e tendências da assistência médica suplementar”, *Texto para Discussão (IPEA)*, 599.
- ALMEIDA, Maria Hermínia T. (1995), “Federalismo e políticas sociais”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28: 88-108.
- AMORIM, Maria C. S. & PERILLO, Eduardo B. F. (2000), Os velhos e tortuosos caminhos da saúde. *Jornal Gazeta Mercantil. Análises e Perspectivas*, A3, 03/agosto.
- ANASTASIA, Fátima. (2000), Responsabilización por el Control Parlamentario. *In*: ANASTASIA, Fátima. Consejo Científico del CLAD (coord.). *La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública Latinoamericana*. Buenos Aires: CLAD, BID, EUDEBA.
- ARRETCHE, Marta T. S. (1996) “Mitos da Descentralização: mais democracia e eficiência nas contas públicas?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31: 44-66.
- _____, Marta S. (1998), “Tendências no estudo sobre avaliação”. *In*: RICO Elizabeth M. (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*, São Paulo, Cortez.
- _____, Marta T. S. (1999), Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 14, 40: 111-141.

- _____, Marta T. S. (2000), *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*, São Paulo, FAPESP.
- ARATO, Andrew. (2000), *Accountability and Civil Society*. in: Paper prepared for WORKSHOP ON SOCIETAL ACCOUTABILITY AT THE UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA, Buenos Aires, (mimeo).
- ARAÚJO, Francisco J. (2000), “Finalidade e utilidade do parecer de auditoria independente para os investidores”. *Revista Brasileira de Contabilidade*, 123: 21-23.
- AVRITZER, Leonardo. (2000), “Models of State and Society formation and their Impact on Accountability”. in: Paper apresentado na CONFERÊNCIA SOBRE SOCIETAL ACCOUNTABILITY, Universidade Torcuato di Tella, Buenos Aires, (mimeo).
- AZEVEDO, Sérgio de. & PRATES, Antônio A. (1991), Planejamento Participativo, Movimentos Sociais e Ação Coletiva. *Ciências Sociais Hoje*, Vértice:122-152.
- _____, Sérgio. & AVRITZER, Leonardo. (1994), A Política do Orçamento Participativo: forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil. in: Trabalho apresentado no XVIII ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Caxambu, (mimeo).
- _____, Sérgio de & MELO, Marcus André. (1997), “A Política da Reforma Tributária: federalismo e mudança constitucional”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 12, 35: 75-99.
- _____, Sérgio de. (2001), Reforma do Estado, Ação Coletiva e Accountability no Brasil: idiosincrasias, constrangimentos e desafios. in: Paper apresentado no VI CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Buenos Aires, (mimeo).
- AZEVEDO, Sérgio de & ANASTASIA, Fátima. (2002). *Governança, “Accountability” e Responsividade*: reflexões sobre a institucionalização da participação popular em experiências desenvolvidas em Minas Gerais, (no prelo).
- BARRERA, Aglas W. & ROARELLI, Maria Liz M. (1995), Relações Fiscais Intergovernamentais. in: AFFONSO, Rui de Britto A. & SILVA, Pedro Luiz B. *Reforma Tributária e Federação*. São Paulo, FUNDAP/UNESP.
- BARROS, Maria E. Diniz. (1997), “Política de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência...” in: CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec Abrasco.
- BEZERRA, Marcos O. (1995), *Corrupção: um estudo sobre poder público e relações pessoais no Brasil*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará/ANPOCS.
- BRANCO, Maria A. Fernandes. (1996), “Sistemas de informação em saúde no nível local”. *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 2: 23-29.
- BRASIL, Senado Federal. (1988), *Constituição 1988*. Constituição da República Federativa do Brasil.
- BREI, Zani Andrade. (1996), “Corrupção: dificuldades para definição de um conceito”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 30, 1: 64-77.
- CALMON, Paulo du Pin. (1999), “A política orçamentária no Primeiro Governo Fernando Henrique Cardoso”. in: ROCHA, Paulo E. (org.). *Políticas Públicas Sociais: um novo olhar sobre o Orçamento da União (1995/1998)*, Brasília, INESC.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, Comissão de Fiscalização Financeira e Controle. (2002), *Cartilha sobre a Comissão de Fiscalização Financeira e Controle*. Brasília, Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- CAMPOS, Anna Maria. (1990), “Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português?”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 24, 2: 30-50.

- _____, Anna Maria; AVILA, Jorge P. Costa & SILVA JR., Dércio Santiago da. (2000), “Avaliação de agências reguladoras: uma agenda de desafios para a sociedade brasileira”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 34, 5: 29-46.
- CARNEIRO, Carla Bronzo L. & COSTA, Bruno Lazzarotti D. (2001), Inovação Institucional e Accountability: o caso dos Conselhos Setoriais. *in*: Paper apresentado no VI CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Buenos Aires, (mimeo).
- CARNEIRO, Tannus C. (2001), Roteiro de Auditoria em Fundos Municipais de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, (mimeo).
- CARVALHO, Antônio Ivo de. (1995), *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro, FASE/IBAM.
- CARVALHO, José T. (2000), “Accountability Democrática: expressões essenciais à sua efetivação”. *Revista do Tribunal de Contas de Minas Gerais*,: Ano XVIII, 2: 147-173.
- _____, José T. (2001), *Estado Brasileiro e Controle Social: Acessibilidade e Conhecimento das Informações*. Dissertação de Mestrado. PUC-MINAS, Belo Horizonte.
- CARVALHO, Gilson C. M. (2000), “O financiamento da saúde no Brasil: o estado da arte em 2000”. *Conferência Nacional de Saúde On-Line*, <http://www.datasus.gov.br/cns>.
- CARVALHO, Maria do Carmo B. (1998), “Avaliação participativa – uma escolha metodológica”. *In*: RICO Elizabeth M. (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo, Cortez.
- CASTAÑEDA, Jorge G & DAHL, Robert. (1994), Three Challenges to US Democracy: accountability, representativeness, and intelectual diversity. *in*: IMF WORKING PAPER, INTERNATIONAL MONETARY FUND, (mimeo).
- CASTRO, Flávio R. X. De Moura. (2000), “O Papel do Tribunal de Contas e os Desafios frente ao Terceiro Milênio”. *Revista do Tribunal de Contas de Minas Gerais*, Ano XVIII, 2: 47-81.
- COHN, Amélia. (1995), “Saúde e Cidadania: análise de uma experiência de gestão local”. *in*: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política da Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- _____, Amélia. (1997), “Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil”. *in*: LAURELL, Asa Cristina (org.). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo, Cortez.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. (2000), *Que Controle Social? Os conselhos como instrumento*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- COSTA, Bruno Lazzarotti D. (1999), “Crise Federativa e a Descentralização das Políticas Sociais”. *Revista Conjuntura Política/Boletim de Análise*, CEVEP/UFMG, 03, (mimeo).
- COSTA JR. Eduardo Carone. (2001), “As Funções Jurisdicional e Opinitiva do Tribunal de Contas”. *Revista do Tribunal de Contas de Minas Gerais*, Ano XIX, 2: 45-115.
- COUTINHO, Marcelo J. V. (2000), Decretos Presidenciais, Governo e Accountability. *in*: Paper apresentado no XXIV ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Caxambú, (mimeo).
- CRUZ, Flávio da. (1997), *Auditoria Governamental*. São Paulo, Atlas.
- CUNHA, João Paulo, CUNHA, Rosani E. (1998), “Sistema Único de Saúde: princípios”. *in*: CAMPOS, Francisco E.; MOZART JR., Oliveira & TONON, Lídia M. (orgs.). *Cadernos de Saúde*. Belo Horizonte, Coopemed, vol.1.
- CUNHA, Luciana Gross S. (2000), Ouvidoria: mecanismo de controle democrático. *in*: Paper apresentado no XXIV ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, Petrópolis, (mimeo).

- DAIN, Sulamis. (1994), Dilemas do Estado diante da nova ordem econômica e social. *in*: SEMINÁRIO GOVERNABILIDADE E POBREZA. Rio de Janeiro, Fundação Ford, IUPERJ/URBANDATA, (mimeo).
- _____, Sulamis. (1995), “Experiência internacional e especificidade brasileira”. *in*: AFFONSO, Rui de Britto A. & SILVA, Pedro Luiz B. *Reforma Tributária e Federação*. São Paulo, FUNDAP/UNESP.
- DECRETO nº 1.651 de 1995.
- DECRETO nº 39.223 de 1997.
- DECRETO nº 3.591 de 2000.
- DECRETO nº 3.496 de 2000.
- DINIZ, Eli. (1996) “Governabilidade, *governance* e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma”. *Revista do Serviço Público (RSP)*, Ano 47, 120, 2: 5-21.
- DODGE, Raquel E. Ferreira. (1997), “A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça”. *Revista Bioética*. Simpósio: A Ética da Elaboração de Recursos em Saúde, (mimeo).
- DRAIBE, Sônia M. (1990), “As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas”. *in*: IPEA/IPLAN. *Para a década de 90: Prioridades e perspectivas de políticas públicas*. Brasília: IPLAN/IPEA.
- DYE, Kenneth M. & STAPENHURST, Rick. (1997), Pillars of Integrity: The Importance of Supreme Audit Institutions in Curbing Corruption. *in*: THE INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT, (mimeo).
- FAVERET FILHO, Paulo & OLIVEIRA, Pedro J. (1990), “A Universalização Excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde”. *Revista DADOS de Ciências Sociais*, 33, 2: 257-283.
- FIGUEIREDO, Argelina C. & LIMONGI, Fernando. (1999), *Executivo e Legislativo na Nova Ordem Constitucional*. Rio de Janeiro, FVG.
- _____, Argelina C. (2001), “Instituições e Política no Controle do Executivo”. *Revista DADOS de Ciências Sociais*, IUPERJ, 44, 4: 689-727.
- _____, Argelina C. (2002), The Role of Congress as an Agency of Horizontal Accountability: Lessons from the Brazilian Experience. Forthcoming in Scott Mainwaring & Christopher Welna (eds.) *Democratic Accountability in Brazil*. Oxford University Press.
- FINOT, Iván. (2001), *Descentralización em América Latina: teoría y práctica*. Santiago, CEPAL/ILPES.
- FIPECAFI, Fundação Instituto de Pesquisas Contábeis, Atuariais e Financeiras. (1994), *Manual de Contabilidade das Sociedades por Ações: aplicável também às demais sociedades*. São Paulo, Atlas.
- FLEURY, Sônia Maria. (1997), “Políticas sociais e cidadania na América Latina”. *in*: CANESQUI, Ana Maria (org.). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec Abrasco.
- FONSECA, Francisco & SANCHEZ, Oscar. (2001), “O controle da Corrupção e Reforma do Estado: o governo Covas – 1995-2000”. *Revista Lua Nova*, 52: 93-119.
- FOX, Jonathan. (2000), Civil Society and Political Accountability: propositions for discussion. Institutions, Accountability and Democratic Governance in Latin America. The Helen Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame.
- FUNDO MONETÁRIO INTERNACIONAL. (2001), Manual Revisto de Transparência Fiscal. *in*: Elaborado pelo Departamento de Finanças Públicas do FMI, (mimeo).

- GARCIA, Ronaldo Coutinho. (1995), “Descentralização: um processo a ser acompanhado e avaliado (ou do finja que eu finjo ao faça que nós vemos)”. *Textos para Discussão (IPEA)*, 364.
- GARSON, Sol & ARAÚJO, Érika A. (2001), “Ações Sociais Básicas: descentralização ou municipalização”. *Informe-se – Federalismo Fiscal. BNDES*, 23.
- GERSCHMAN, Silvia. (2000), “A descentralização da política de saúde no final dos anos 90”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 34, 4, 147-170.
- GIOVANELLA, Lígia & FLEURY, Sônia. (1996), “Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise”. *in: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). Política de Saúde: O Público e o Privado*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- GOHN, Maria da Glória M. (1990), “Conselhos Populares e participação popular”. *Revista de Serviço Social e Sociedade*, Ano XI, 34: 65-89.
- GOMES, Gustavo Maia e MAC DOWELL, Maria Cristina. (2000), “Descentralização Política, Federalismo Fiscal e Criação de Municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social”. *Texto para Discussão (IPEA)*, 706.
- GOMES, Marcelo Barros. (2001), Auditoria de Desempenho: uma análise de política de gerenciamento público acerca do papel de Entidades Fiscalizadoras Superiores. *in: Paper apresentado no VI CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA*, Buenos Aires, (mimeo).
- GRATERON, Ivan R. Guevara. (1999), “Auditoria de Gestão: utilização de indicadores de gestão no setor público. *Caderno de Estudos FIPECAFI*, São Paulo.
- GRAU, Nuria Cunill. (2000), “Nudos Críticos de la Accountability Societal. Extrayendo Lecciones de su Institucionalización en América Latina”. Basado en el Capítulo: La Responsabilización de la Administración Pública a través del Control Social. Preparado por la autora para el libro. *La Responsabilización en la Nueva Gestión Pública*. de próxima publicación (CLAD-BID), (mimeo).
- GUANABARA, Ricardo. (1999), Comissões Parlamentares de Inquérito: forma de controle da administração pública. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 33, 3: 39-66.
- GUARDIA, Eduardo Refinetti. (1999), *O Regime Fiscal Brasileiro*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo (USP) / Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – Departamento de Economia (FEA), São Paulo.
- INTRUÇÃO NORMATIVA (IN) nº 01/2000 do Ministério da Cultura.
- JUNQUEIRA, Luciano P. (1997), “A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde”. *in: CANESQUI, Ana Maria (org.). Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec Abrasco.
- _____, Luciano P.; INOJOSA, Rose Marie e INOJOSA, Suely. (1998), Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *in: EL TRANSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA*, UNESCO/CLAD, (mimeo).
- KENNEY, Charles D. (2000), Reflections on Horizontal Accountability: Democratic Legitimacy, Majority Parties and Democratic Stability in Latin America. *in: Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA*, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- KERN, Madalena Luíza. (1997), *Sistema de Auditoria Assistencial: estudo de caso SES/SUS/MG*. (XI Programa de Especialização em Administração Pública – Pós-Graduação “Lato Sensu”). Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro.

- KERCHE, Fábio. (2002), Controle Democrático e o Sistema Judicial: O Ministério Público Brasileiro em Perspectiva Comparada. *in*: Paper apresentado na ABCP, Niterói, (mimeo).
- KHAIR, Amir A. (2001), *Gestão Fiscal Responsável (Simples Municipal: Guia de Orientação para as Prefeituras)*. Brasília.
- KÖNIG, José A. A. (1998), Descentralización Fiscal y Transferencia de Competencias: aproximación general y propuestas para fortalecer los gobiernos regionales en Chile. Naciones Unidas, CEPAL/GTZ, Serie Política Fiscal, Santiago, 102.
- LANGSETH, Petter; STAPENHUST, Rick & POPE, Jeremy. (2000), The Role of a National Integrity System in Fighting Corruption. *in*: THE INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT, (mimeo).
- LEI nº 4.320 de 1964.
- LEI nº 6.404 de 1976.
- LEI nº 8.080 de 1990.
- LEI nº 8.142 de 1990.
- LEI nº 8.429 de 1992.
- LEI nº 8.689 de 1993.
- LEI COMPLEMENTAR nº 33 de 1994 (Lei Orgânica do TCE-MG).
- LEI ESTADUAL nº 11.983 de 1995.
- LEI nº 9.656 de 1998.
- LEI COMPLEMENTAR nº 101 de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal).
- LUCCHESI, Patrícia T. R. (1996), “Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990/1995”. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, 14: 75-156.
- LOBO, Thereza. (1990), “Política social e descentralização”. *in*: *A Política Social em Tempo de Crise: articulação institucional e descentralização*. Rio de Janeiro: MPAS/CEPAL.
- MACHADO, Edite N. Mata & FORTES, Fátima B. C. Teixeira P. (2001), “Desequilíbrio na distribuição dos recursos federais para a saúde”. *Revista do Legislativo*, 30: 29-41.
- MACHADO JR. José T. & REIS, Heraldo da Costa. (1995), *A Lei 4.320 Comentada*. Rio de Janeiro, IBAM.
- MAGALHÃES, José L. Q. (2000), *Pacto Federativo*. Belo Horizonte, Mandamentos.
- MANIN, Bernard; PRZEWORSKI, Adam & STOKES, Susan C. (1999), “Elections and Representation”. *in*: MANIN, Bernard; PRZEWORSKI, Adam & STOKES, Susan C. *Democracy Accountability, and Representation*. Cambridge University Press.
- MARQUES, Rosa Maria. (1999), *O financiamento do sistema público de saúde brasileiro*. Serie Financiamento del Desarrollo. Santiago, CEPAL/ECLAC.
- MÉDICI, André Cezar & OLIVEIRA, Francisco E. B. (1991), “A Política de Saúde no Brasil: subsídios para uma reforma”. *Documento de Política (IPEA)*, 6.
- _____, André Cezar. (1994), *Economia e Financiamento do Setor Saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização*. São Paulo, AdSaúde/FSPUSP.
- _____, André Cezar. (1995), “Aspectos Teóricos e Conceituais do Financiamento das Políticas de Saúde”. *in*: PIOLA, Sérgio F. & VIANNA, Solon M. (orgs.). *Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, IPEA.
- MELO, Clóvis A. V. de. (2002), Alta corrupção e baixa accountability: problemas, conceitos e uma reflexão sobre um levantamento de auditorias desenvolvidas pelo Tribunal de Contas da União em Obras do Governo Federal. *in*: Trabalho apresentado no 3º ENCONTRO DA ABCP, Niterói, (mimeo).

- MELO, Marcus A. (1996), “Governance e reforma do Estado: o paradigma agente x principal”. *Revista do Serviço Público (RSB)*. Ano 47, 120, 1: 67-81.
- MELLO, Luiz de. (1999), Fiscal Federalism and Government Size in Transition Economies: the case of Moldova. *in: IMF WORKING PAPER. INTERNATIONAL MONETARY FUND*.
- _____, Luiz de & BARENSTEIN, Matias. (2001), Fiscal Decentralization and Governance: A Cross-Country Analysis. *in: IMF WORKING PAPER. INTERNATIONAL MONETARY FUND*, (mimeo).
- MENDES, Eugênio Vilaça. (1992), “O consenso do discurso e o dissenso da prática social: notas sobre a municipalização da saúde no Brasil”. *in: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos da Nona: descentralizando e democratizando o conhecimento*. Brasília, Ministério da Saúde: 13-16.
- MENDES, Marcos J. (1994), “Proposta para um novo Federalismo Fiscal: novos critérios de distribuição para o FPM e criação do fundo de participação das regiões metropolitanas”. São Paulo, Publicações - Braudel Papers.
- _____, Marcos J. (1999), “Incentivos Eleitorais e Desequilíbrio Fiscal de Estados e Municípios”. São Paulo, Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial.
- _____, Marcos J. (2000), “Reforma Constitucional, Descentralização Fiscal e *Rent Seeking Behaviour*: o caso dos municípios brasileiros”. São Paulo, Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial.
- _____, Marcos J & GALL, Norman. (2000), O que é Federalismo? São Paulo, Publicações - Braudel Papers, 24, (mimeo).
- MÉNDEZ, Juan E. (2000), Legislatures, Judiciaries and Innovations in Horizontal Accountability. *in: Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA*, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- MENICUCCI, Telma M. Gonçalves. (2000), “Saúde no Brasil: os desafios para a construção de um sistema público eficiente e eficaz”. *Revista Conjuntura Política*. Belo Horizonte, CEVEP/UFMG, 15, (mimeo).
- MENY, Ives & THOENIG, Jean-Claude. (1992), *Las Políticas Publicas*. Barcelona, Editorial Ariel.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1993), Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, Ministério da Saúde.
- _____, SUS: Princípios e Conquistas. (2000a). Brasília, Ministério da Saúde.
- _____, SUS: Descentralização. (2000b). Brasília, Ministério da Saúde.
- _____, Estimativas de Impacto da Vinculação Constitucional de Recursos para a Saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000. (2000c), Brasília, Ministério da Saúde.
- _____, *Orientações sobre Aplicação de Recursos Financeiros do SUS, Repassados Fundo a Fundo*. (2001a), Departamento nacional de auditoria do SUS – DENASUS. Coordenação Geral de Auditoria; Coordenação Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. Brasília, Ministério da Saúde.
- _____, (DENASUS). (2001), *Relatório da 1ª Oficina de Trabalho entre os componentes Federal e Estadual do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)*. Brasília, Ministério da Saúde – DENASUS, (mimeo).
- _____, SECRETARIA GERAL DE INVESTIMENTO EM SAÚDE. (2001c), *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000*.

- MOLEDO, Eliane, (1996), “Aspectos tributários a favor do desenvolvimento econômico local”. *in: COELHO, Franklin Dias (org.). Desenvolvimento Econômico Local: temas e abordagens.* Rio de Janeiro, IBAM, SERE/FES.
- MONTORO FILHO, André Franco. (1994), “Federalismo e reforma fiscal”. *Revista de Economia Política.* Nobel, 14, 3: 20-30.
- MWAKYEMBE, Harrison G. (2000), Access to Information and the Law in Tanzania: Some Thoughts and Views. *in: WORLD BANK. INTERNATIONAL FOR ACCOUNTABILITY WORKSHOPS – SOURCEBOOK.* International Records Management Trust – Rights and Records Institute. London: The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank Danish Trust Fund for Governance.
- NASCIMENTO, Vânia B. (2001), “Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde”. *Revista Lua Nova de Cultura e Política,* 52: 29-69.
- NUNES, Edson. (1996), “Poder local, descentralização e democratização: um encontro difícil”. *Revista São Paulo em Perspectiva,* 10, 3: 32-39.
- O’DONNELL, Guillermo. (1997), Accountability Horizontal e Novas Poliarquias. In: O’DONNELL, Guillermo. *Horizontal Accountability and New Poliarquies.* Trad. Clarice Cohn e Álvaro Augusto Comin.
- _____, Guillermo. (2000a), Further Thoughts on Horizontal Accountability. *in: Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA,* Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- _____, Guillermo. (2000b), Notas sobre Varias ‘Accountabilities’. Borrador preparado para el seminario sobre “Las Políticas de ‘Accountability’ en las Nuevas Democracias Latinoamericanas”. Buenos Aires: Universidad Torcuato Di Tella, (mimeo).
- _____, Guillermo. (2001), “La Irrenunciabilidad del Estado de Derecho. *in: Revista Instituciones y Desarrollo.* Barcelona, Institut Internacional de Governabiidad de Catalunya, nº 8 y 9.
- _____, Guillermo. (2002a), Polyarchies and the (Un)Rule of Law in Latin America: a Parical Conclusion, (mimeo).
- _____, Guillermo. (2002b), Horizontal Accountability. Kellogg Institute for International Studies University of Notre Dame, (mimeo).
- OLIVEIRA, José Carlos de & SILVA, Paulo Fontenele. (2000), *Reformas das Instituições Fiscais: reflexões sobre o caso do Brasil.* Santiago, CEPAL/ECLAC.
- OLIVEIRA JR., Mozart. (1998), “O Financiamento da Área Social e do Sistema Único de Saúde no Brasil”. *in: CAMPOS, Francisco E.; OLIVEIRA JR., Mozart. & TONON, Lídia M. (orgs.). Cadernos de Saúde.* Belo Horizonte, vol. 1, Coopemed.
- PACHECO, Regina S. (1999), “Reformando a Administração Pública no Brasil: eficiência e accountability democrática”. *in: MELO, Marcus A. (org.). Reforma do Estado e Mudança Institucional no Brasil.* Recife, Massangana.
- PARDINI, Frederico. (1997), *Tribunal de Contas da União: órgão de destaque constitucional.* Tese de Doutorado, UFMG, Belo Horizonte.
- PEREZ JR., José H. (1995), *Auditoria de Demonstrações Contábeis: normas e procedimentos.* São Paulo, Atlas.
- PESSOTO, Catarino; NASCIMENTO, Paulo R. & HEIMANN, Luiza Sterman. (2001), “A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde”. *Cadernos de Saúde Pública,* 17, 1: 18-32.

- PETERS, B. Guy. (1992), “Reorganizando o governo em uma era de contenção e compromisso”. *Revista DADOS de Ciências Sociais*, 35, 3: 301-335.
- PINHEIRO, Roseni. (1995), A Dinâmica dos Conselhos Municipais de Saúde no Estado do Rio de Janeiro: três estudos de casos: Angra dos Reis, Resende e Bom Jesus de Itabapoana. Rio de Janeiro, UERJ/IMS.
- PINTO, Élide Graziane. (2001), Alguns Riscos na Conformação de Accountability através da Proposta de Institucionalização do Exercício de “Ouvir o Povo” em Minas Gerais. in: Paper apresentado no VI CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Buenos Aires, (mimeo).
- PORTARIA nº 1.475 de 1994.
- PORTARIA nº 3.925 de 1998.
- RAMOS, Célia Leitão. (1995), Conselhos de Saúde e Controle Social. in: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). *Política da Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- REGIMENTO INTERNO DA CÂMARA DOS DEPUTADOS, Resolução nº 17 de 1989.
- REGIMENTO INTERNO DO SENADO FEDERAL, Resolução nº 93 de 1970.
- REZENDE, Fernando. (1995), “Federalismo fiscal no Brasil”. *Revista de Economia Política*. Nobel, 15, 3: 5-17.
- RESOLUÇÃO DO TCE-MG nº 10 de 1998 (Anexo Manual de Auditoria do TCE-MG).
- RIBEIRO, José Mendes. (1997), “Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)”. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 1: 81-92.
- RILEY, Thomas B. (2000), Freedom of Information and the Right to Know: Accessing Government Documents. in: WORLD BANK. INTERNATIONAL FOR ACCOUNTABILITY WORKSHOPS – SOURCEBOOK. International Records Management Trust – Rights and Records Institute. London: The International Bank for Reconstruction and Development (The World Bank Danish Trust Fund for Governance) , (mimeo).
- ROCHA, Cármem L. A. (1996), República e Federação no Brasil: traços constitucionais da organização política brasileira. Belo Horizonte, Del Rey.
- ROCHA, João Hélio. (1998), A Saúde Tem Jeito: como financiar a assistência médica e odontológica com o Seguro-Saúde. Nova Friburgo, Edição Independente.
- ROMZEK, Barbara. (1999), Accountability and Democracy: answering to political authority na citizen’s needs. Su-Topic I. in: DYNAMICS OF PUBLIC SECTOR ACCOUNTABILITY IN NA ERA OF REFORM. INTERNATIONAL INSTITUTE OF ADMINISTRATIVE SCIENCES THE CIVIL SERVICE COLLEGE, Sunningdale, (mimeo).
- SADEK, Maria Tereza & CAVALCANTI, Rosângela B. (2000), The New Public Prosecution and the Efficacy of Accountability Mecanisms. in: Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- SAMUELS, David. (2000), Fiscal Horizontal Accountability? Toward a Theory of Budgetary “Checks and Balances” in Presidential Systems. in: Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- SANTOS, Fabito. (1997), “Patronagem e Poder de Agenda na Política Brasileira”. *Revista DADOS de Ciências Sociais*, 40, 3: 465-492.
- SANTOS, Maria Helena C.; MACHADO, Érica Máximo & ROCHA, Paulo E. Nunes M. (1997), “O Jogo Orçamentário da União: Relações Executivo-Legislativo na Terra do *Pork-Barrel*”. in: AZEVEDO, Sérgio de. & DINIZ, Eli (orgs.). *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*. Brasília, UnB.

- SERRA, José e AFONSO, José R. Rodrigues. (1999), “Federalismo fiscal à brasileira: algumas reflexões”. *Revista do BNDES*, 12: 12-37.
- SCHEDLER, Andreas. (1999), “Conceptualizing Accountability”. in: SCHEDLER, Andreas; DIAMOND, L. and PLATTNER, M. F. *The Self-Restraining State: power and accountability in new democracy*. Boulder. Lynne Rtnner Publishers.
- SHAH, Anwar. (1998), Balance, Accountability and Responsiveness: Lessons about Decentralization. in: Paper presented in the WORLD BANK CONFERENCE ON EVALUATION AND DEVELOPMENT, (mimeo).
- SILVA, Ari de Abreu. (1997), *A Predação do Social*. Niterói, EDUF.
- SILVA, Daniel S. (org.). (2000), *Guia Contábil da Lei de Responsabilidade Fiscal: para aplicação nos municípios*. Brasília, Conselho Federal de Contabilidade e São Paulo: Instituto Ethos.
- SILVA, Flávio L. R. (1997), “O modelo brasileiro de prestação de contas: por uma racionalização do processo”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 31, 4: 54-182.
- SILVA, Marcos F. G. da. (2000), “Corrupção e desempenho econômico”. *Cadernos Adenauer*. São Paulo: Fundação Konrad Adenauer, 10: 63-78.
- SILVA, Maurício. (1994), “Corrupção: tentativa de uma definição funcional”. *Revista de Administração Pública (RAP)*, FGV, 28, 1: 18-23.
- SILVA, Pedro L. B. e COSTA, Vera L. C. (1995), “A Federação em perspectiva: ensaios selecionados”. in: AFFONSO, Rui de Britto Álvares e SILVA, Pedro Luiz B. *A Federação em Perspectiva: ensaios selecionados*. São Paulo, FUNDAP.
- _____, Pedro L. B. (1997), “A Natureza do Conflito Federativo no Brasil”. in: AZEVEDO, Sérgio de. & DINIZ, Eli (orgs.). *Reforma do Estado e Democracia no Brasil*. Brasília, UnB.
- SMULOVITZ, Catalina & PERUZZOTTI, Enrique. (2000), Societal Accountability: The Other Side of Control, (mimeo).
- SOARES, Laura T. (1991), “Descentralização e municipalização em regiões metropolitanas: uma experiência na Baixada Fluminense”. *Revista de Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, 5: 53-86.
- SOMARRIBA, Mercês (coord.). (1998), *Descentralização e Governança no Setor Saúde em Belo Horizonte*. Belo Horizonte, FJP, Escola de Governo.
- SOUZA, Celina. (1996), “Reinventando o poder local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização”. *Revista São Paulo em Perspectiva*, 10, 3: 103-112.
- _____, Celina. (1998), “Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: o impacto do federalismo e da descentralização”. *Revista DADOS de Ciências Sociais*, 41, 3: 569-592.
- _____, Celina. (1999), “Relações Intergovernamentais e a Reforma da Administração Pública”. in: MELO, Marcus André. (org.). *Reforma do Estado e Mudança Institucional no Brasil*. Recife, Massangana.
- _____, Celina e BLUMM, Márcia. (1999), “Autonomia política local: uma revisão da literatura”. *Revista BIB*, 48, 2: 51-67.
- _____, Celina. (2001), “Federalismo e gasto social no Brasil: tensões e tendências”. *Revista LUA NOVA de Cultura Política*, 52: 18-42.
- SOUZA; Rosimary G.; MONNERAT, Giselle Lavinias & SENNA, Mônica C. Maia. (2001), “Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde”. in: BRAVO, Maria Inês S. & PEREIRA, Potyara A. P. (orgs.). *Política Social e Democracia*. São Paulo, Cortez.

- SPECK, Bruno Wilhelm. (2000), *Inovação e Rotina no Tribunal de Contas da União: o papel da instituição superior de controle financeiro no sistema político-administrativo do Brasil*. São Paulo, Fundação Konrad Adenauer.
- STAPENHURST, Rick. (2000), *The Media's Role in Curbing Corruption*. in: THE INTERNATIONAL BANK FOR RECONSTRUCTION AND DEVELOPMENT, (mimeo).
- SUBIRATS, Joan. (1994), *Análisis de Políticas Públicas y Eficacia de la Administración*. Madrid, Ministerio para la Administraciones Públicas.
- TAMASSIA, Marcos Pimentel. (2000), *Judiciary and Innovations in Horizontal Accountability*. Prepared for the CONFERENCE ON INSTITUTIONS, ACCOUNTABILITY, AND DEMOCRATIC GOVERNANCE IN LATIN AMÉRICA, Kellogg Institute for International Studies, University of Notre Dame, (mimeo).
- TANZI, Vito. (1998), *Corruption Around the World: causes, consequences, scope, and cures*. IMF WORKING PAPER. INTERNATIONAL MONETARY FUND, (mimeo).
- TOBAR, Frederico. (1991), "O conceito de descentralização: usos e abusos". *Revista de Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, 5: 31-51.
- TOMMASI, Livia De. (1997), "A Participação nos Conselhos Paritários: significado e limites". in: *Conselhos Municipais e Políticas Sociais*. Comunidade Solidária. IPEA/IBAM.
- TREISMAN, Daniel. (1999), *Decentralization and Corruption: Why are Federal States Perceived to be more Corrupt?* in: Paper prepared for PRESENTATION AT THE ANNUAL MEETING OF THE AMERICAN POLITICAL SCIENCE ASSOCIATION, Atlanta, (mimeo).
- UGÁ, María Alicia. (1991), "Descentralização e democracia: o outro lado da moeda". *Revista de Planejamento e Políticas Públicas (IPEA)*, 5: 87-104.
- VIANA, Ana L. d'Ávila. (1996), "SUS: entraves à descentralização e propostas de mudança". in: AFFONSO, Rui de Britto A. & SILVA, Pedro L. *Descentralização e Políticas Sociais*. São Paulo, FUNDAP.
- VIANNA, Maria L. Teixeira W. (1998), *A Americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil*. Rio de Janeiro, Revan.
- WORLD BANK. (2000), *INTERNATIONAL FOR ACCOUNTABILITY WORKSHOPS – SOURCEBOOK*. International Records Management Trust – Rights and Records Institute. London: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank Danish Trust Fund for Governance, (mimeo).
- ZAMORANO, Enrique. (2000), *Transparencia y Corrupción*. in: Conferência sobre TRANSPARENCIA Y DESARROLLO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, (mimeo).
- ZAULI, Eduardo M. (2000), "Descentralização e Responsabilidade Política". *Revista Conjuntura Política*. Belo Horizonte, CEVEP/UFGM, 19.

ANEXO I

RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS REALIZADAS

Para o desenvolvimento do Capítulo IV desta dissertação realizamos, ao longo do ano de 2002, algumas entrevistas com funcionários e pessoas ligadas às agências de controle e fiscalização dos recursos públicos destinados à saúde pública no Brasil. Abaixo relacionamos, em cada órgão pesquisado, os nomes das pessoas entrevistadas, os cargos ocupados e as datas das entrevistas.

No Tribunal de Contas da União (TCU) – Secretaria de Controle Externo para Minas Gerais (Secex-MG), realizamos entrevistas com a Analista de Controle Externo, Neuza Afonso (30/10) e também com o Analista de Controle Externo Fábio Coutinho Clemente (30/10; 04/11).

No Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais (TCE-MG), realizamos entrevistas com a Diretora do Departamento de Auditoria Externa (DAE), Ana Eliza (21/08), com o Diretor de Informática, José Tanajura de Carvalho (19/09), com o Coordenador da Coordenadoria de Área de Análise de Contas do Executivo Municipal (CAE), Carlos Alberto Nunes Borges (19/09; 15/10), e com o Diretor do Departamento de Auditoria Municipal (DAM), Emanuel de Souza Santos (16/10; 29/10).

Realizamos entrevistas no Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES-MG) com a Vice-Presidente, Elvira Lúcia Pessoa Oliveira (21/10), com o Primeiro Secretário do Conselho, Ení Carajá Filho (21/10; 22/10) e com o Assistente Administrativo, André Lucélio Lino (24/10; 31/10).

Efetuamos, também, entrevistas no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), com o Secretário Executivo, José Osvaldo Maia (05/11), com a Conselheira da Câmara Técnica de Recursos Humanos, Zenith Maria dos Santos (05/11), e com a Conselheira da Câmara Técnica de Controle e Avaliação, Aliete Conceição Rangel (05/11).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-MG) entrevistamos o Analista de Sistema Administrativo (Contador), Álvaro de Luna (23/10).

No Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS-MG), realizamos entrevistas com a Assessora Técnica, Blenda Leite Saturnino Pereira (28/10; 31/10).

Realizamos entrevistas também no Departamento de Auditoria Administrativa e Financeira da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – Controle Interno (SES-MG), com o Diretor de Auditoria Administrativa e Financeira da SES-MG, Dagoberto Rocha Gandra (14/10), e com o Auditor Administrativo e Financeiro da SES-MG, Waldemar Dias Coelho Neto (14/10).

No Sistema Nacional de Auditoria – Ministério da Saúde (SNA Federal), realizamos entrevista com a Supervisora Técnica (Contadora), Maria Luíza Pena Marques (15/10), e com o Chefe de Serviços de Auditoria – SEAUD, João Batista da Silva (15/10; 22/10; 24/10).

No Sistema Nacional de Auditoria – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SNA Estadual), entrevistamos o Diretor de Auditoria Assistencial, Virgílio Bustamante Rennó (23/08), e o Coordenador de Auditoria Contábil, Tannus Cassius Carneiro (23/08; 27/08; 20/09; 08/10; 21/10).

Por fim, no Sistema Nacional de Auditoria – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SNA Municipal), realizamos entrevista com o Auditor Médico, Jáder Bernardo Campomizzi (30/10).

ANEXO II

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DO SISTEMA NACIONAL DE AUDITORIA NOS ESTADOS

Este levantamento é baseado no Diagnóstico Situacional realizado pelo *Ministério da Saúde: Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) – Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica. Relatório da 1ª Oficina de Trabalho entre os Componentes Federal e Estaduais do Sistema Nacional de Auditoria (SNA)*, para o ano de 2001.

MACRORREGIÃO: NORTE E CENTRO-OESTE

Estado 01: Acre (AC)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Assistência e gestão
b) Problema central	. Não realizou auditorias programadas para 2001
c) Causa do problema central	. Falta recursos humanos para atender programação
d) Fatores de risco	. Não pactuação com o DENASUS . Demandas externas Ministério Público e denúncias

Estado 02: Amapá (AP)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Todas as áreas
b) Problema central	. Estruturação do departamento de auditoria
c) Causa do problema central	. Recursos humanos não qualificados . Equipe composta por sete técnicos e não qualificada . Falta de recursos materiais e patrimoniais . Sistema de comunicação deficitário . Rede de transporte inexistente . Deficiência na liberação de diária
d) Fatores de risco	. Não participação do DENASUS nas auditorias . Não capacitação de recursos humanos . Falta de apoio logístico

Estado 03: Amazonas (AM)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Gestão e recursos
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Dificuldade de apoio logístico . Carência de profissionais área contábil e financeira
d) Fatores de risco	. Não liberação de recursos (diárias, passagens, etc.) . Não conseguir integrar serviços com o DENASUS

Estado 04: Goiás (GO)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Todas as áreas (não houve programação) . Principais atividades foram demandas de urgência
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Dificuldade de apoio logístico . Recursos humanos insuficientes para as demandas . Dificuldade de deslocamento para os municípios . Rede de transporte próprio insuficiente
d) Fatores de risco	. Não foram elencados os fatores de risco

Estado 05: Mato Grosso (MT)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Serviços de alta complexidade e parte das denúncias
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Dificuldade estabelecer metodologia das auditorias . Falta de roteiros para as auditorias . Equipe insuficiente e pouco capacitada . Distância grande para o deslocamento, alto custo . Parceria entre esferas central e regional insuficiente . Disponibilidade de roteiro específico para auditoria
d) Fatores de risco	. Técnicos com dupla militância

Estado 06: Mato Grosso do Sul (MS)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Assistência e gestão . Serviços de alta complexidade . Acompanhamento e avaliação programas especiais
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Serviços de auditoria não implantado formalmente
d) Fatores de risco	. Não pactuação com o DENASUS . Demanda externa Ministério Público, denúncia, etc. . Acúmulo de funções (controle, avaliação, etc.)

Estado 07: Pará (PA)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Serviços de alta complexidade . Gestão . Denúncias
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Integração dos profissionais lotados nas regionais . Dificuldade de deslocamento para os municípios
d) Fatores de risco	. Não pactuação com o DENASUS . Não integração das regionais com o nível central

Estado 08: Rondônia (RO)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Todas as áreas
b) Problema central	. Efetivar o serviço de auditoria no estado
c) Causa do problema central	. Inexistência de recursos humanos . Ação ainda não planejada
d) Fatores de risco	. Não consegue compor equipe de auditores no estado

Estado 09: Roraima (RR)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Área financeira e patrimonial
b) Problema central	. Auditorias não realizadas
c) Causa do problema central	. Não foram apresentadas as causas dos problemas
d) Fatores de risco	. Não liberação de recursos (diárias, passagens, etc.) . Não capacitação da equipe existente

Estado 10: Tocantins (TO)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Assistência e gestão . Serviços de alta complexidade . Acompanhamento e avaliação programas especiais
b) Problema central	. Não realizou auditorias programadas para 2001
c) Causa do problema central	. Inexistência formal do quadro de auditoria . Número insuficiente de recursos humanos treinados . Inabilidade em auditar serviços alta complexidade . Insuficiência de apoio logístico . Acúmulo de funções (controle, avaliação, etc.) . Inexperiência dos técnicos dos serviço de auditoria
d) Fatores de risco	. Não pactuação com o DENASUS . Demanda externa Ministério Público, denúncia, etc. . Acúmulo de funções (controle, avaliação, etc.)

MACRORREGIÃO: NORDESTE**Estado 11: Alagoas (AL)**

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. A auditoria médica não vem realizando auditorias de gestão nos municípios habilitados na gestão plena do sistema municipal e nos planos de atenção básica
b) Problema central	. Ausência da realização de auditoria de gestão nos municípios em gestão plena do sistema municipal
c) Causa do problema central	. Falta de aprimoramento profissional dos técnicos . Número insuficiente de recursos humanos treinados . Insuficiência de apoio logístico (transportes)
d) Fatores de risco	. Não inclusão do estado no calendário do Ministério da Saúde para capacitação dos técnicos de auditoria . Indisponibilidade de técnicos do SNA Federal ou Municipal para as auditorias a serem realizadas de alta complexidade . Não priorização pelo gestor estadual na aquisição dos equipamentos e na disponibilidade dos meios de transporte . Falta de recursos específicos para a auditoria médica

Estado 12: Bahia (BA)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Auditorias de gestão para o PAB não foram suficientes para atender todos os municípios
b) Problema central	. Demanda externa que interfere na programação, necessitando reprogramações constantes
c) Causa do problema central	. Demandas externas de auditorias especiais . Auditorias realizadas pelo SNA Federal sem a devida comunicação com o SNA Estadual, resultando em duplicidade de execução de tarefas . Quantitativo de cartas ao usuário do SUS necessitando de melhorias na triagem implicando desperdício de custo e tempo
d) Fatores de risco	. Não foram elencados os fatores de risco

Estado 13: Ceará (CE)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Municípios de gestão plena do sistema municipal
b) Problema central	. Não realização de auditorias de gestão
c) Causa do problema central	. Auditores pouco qualificados para a atividade . Carga horária dos auditores insuficiente . Falta de incentivo profissional para o desempenho das funções: baixos salários, diárias insuficientes, etc. . Diversificação de atividades (avaliação e auditoria)
d) Fatores de risco	. Aparecimento de demanda trabalhos extraordinários . Não efetivação de parcerias com as demais esferas

Estado 14: Maranhão (MA)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Hospitais privados contratados pelo SUS
b) Problema central	. Baixa incidência de auditorias realizadas pelo SNA Estadual
c) Causa do problema central	. Recursos humanos insuficientes . Dificuldade no andamento dos processos de viagens . Falta de veículo próprio . Realização de outras atividades concomitantes
d) Fatores de risco	. Alta demanda das cartas denúncia e disque saúde . Demanda excessiva de programações oriundas de outras instâncias de governo, como o Ministério Público, Ministério da Saúde, etc.

Estado 15: Paraíba (PB)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Municípios de gestão plena do sistema municipal e de atenção básica
b) Problema central	. Falta de realização de auditoria de gestão nos municípios e gestão plena do sistema municipal e de atenção básica
c) Causa do problema central	. Recursos humanos insuficientes . Realização de outras atividades concomitantes
d) Fatores de risco	. Não inclusão do estado no calendário do Ministério da Saúde para capacitação dos técnicos de auditoria . Não disponibilidade de técnicos do SNA Federal para as auditorias a serem realizadas

Estado 16: Pernambuco (PE)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Apuração de denúncias
b) Problema central	. Realizar auditoria de gestão
c) Causa do problema central	. Necessidade de realizar auditoria em municípios em gestão plena e de atenção básica
d) Fatores de risco	. Aumento da demanda de solicitações do Ministério da Saúde, Ministério Público, etc. . Agravos epidemiológicos

Estado 17: Piauí (PI)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Auditoria de gestão em atenção básica
b) Problema central	. Falta de acompanhamento dos municípios em Gestão Plena Básica
c) Causa do problema central	. Acúmulo na função controle e avaliação . Falta de aprimoramento na qualificação profissional dos técnicos . Planejamento voltado para a apuração de denúncias . Transportes insuficientes
d) Fatores de risco	. Aumento da demanda de solicitações do Ministério da Saúde, Ministério Público, etc. . Agravos epidemiológicos . Falta de plano de carreira

Estado 18: Rio Grande do Norte (RN)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. Municípios em gestão plena do sistema municipal e gestão plena da atenção básica
b) Problema central	. Não realização de auditorias de gestão
c) Causa do problema central	. Auditores não capacitados para realizar as auditorias . Falta de combustível para retorno das viagens . Diárias pagas com atraso
d) Fatores de risco	. DENASUS não realizar treinamento dos recursos humanos . Faltar transportes e diárias . Demandas excessivas de denúncias e auditorias para cadastros . Demanda oriunda de outros órgãos públicos como o Ministério Público, TCU, TCE, dentre outros

Estado 19: Sergipe (SE)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA do estado	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA do estado
a) Área objeto de auditoria não realizada	. A auditoria médica não vem desenvolvendo auditorias em quantidade e qualidade suficiente nos municípios habilitados na gestão plena e na atenção básica para o acompanhamento do desenvolvimento dos sistemas municipais de saúde e programas prioritários de saúde
b) Problema central	. Falta de acompanhamento dos municípios em gestão plena e da atenção básica
c) Causa do problema central	. Falta de aprimoramento na qualificação profissional do técnicos . Falta de setor de auditoria formal . Dificuldades materiais e de transportes . Auditores em tempo parcial . Ausência de auditores da área contábil e financeira
d) Fatores de risco	. Aumento da demanda de solicitações do Ministério Público e do Ministério da Saúde . Falta de plano de carreira . Falta de órgãos estruturados . Baixos salários . Deficiência na capacitação dos auditores

MACRORREGIÃO: SUDESTE (o **Diagnóstico Situacional** da Macrorregiões Sudeste e Sul foi consolidado, portanto a descrição é a mesma para todos os estados).

Estado 20: Espírito Santo (ES) – Estado 21: Minas Gerais (MG)
Estado 22: Rio de Janeiro (RJ) – Estado 23: São Paulo (SP)

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA dos estados	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA dos estados
a) Área objeto de auditoria não realizada	<ul style="list-style-type: none"> . Auditorias de gestão dos sistemas municipais . Auditorias de serviços especializados . Auditorias de consórcios intermunicipais
b) Problema central	<ul style="list-style-type: none"> . Baixa capacidade resolutive frente às necessidades (dificuldade e/ou não realização das auditorias demandadas)
c) Causa do problema central	<p>1) Capacidade produtiva não resolutive</p> <ul style="list-style-type: none"> . Descontinuidade administrativa . Interferência política . Ausência de carreira específica . Geração de demandas centralizadas não pactuadas . Excesso de demandas não específicas delegadas aos auditores <p>2) Estruturação dos componentes estaduais e municipais</p> <ul style="list-style-type: none"> . Regulamentação do processo de trabalho, competências e atribuições . Legitimação Tripartite . Recursos financeiros e materiais . Recursos humanos capacitados . Financiamento específico para descentralização . Regulamentação de ressarcimento ao SUS e ao usuário . Regulamentação da auditoria de consórcios . Regulamentação de auditoria de contratos e metas <p>3) Força de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> . Capacitação . Formação específica . Recertificação . Dimensionamento <p>4) Importância estratégica da auditoria na orientação e organização do sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ausência de cultura de auditoria . Desconhecimento das outras áreas . Não priorização pelo gestor <p>5) Fortalecimento da gestão pública</p> <ul style="list-style-type: none"> . Cultura centralizada . Incompatibilidade das agendas estaduais e municipais
d) Fatores de risco	<ul style="list-style-type: none"> . Descontinuidade administrativa . Vontade política . Geração de demandas não pactuadas . Recursos financeiros insuficientes . Compatibilidade entre as agendas federal e estaduais . Recursos humanos pouco capacitados

MACRORREGIÃO: SUL (o **Diagnóstico Situacional** das Macrorregiões Sul e Sudeste foi consolidado, portanto a descrição é a mesma para todos os estados).

**Estado 24: Paraná (PR) – Estado 25: Santa Catarina (SC)
Estado 26: Rio Grande do Sul (RS)**

Descrição dos itens observados pela análise efetuada no SNA dos estados	Prováveis justificativas das fragilidades encontradas no SNA dos estados
a) Área objeto de auditoria não realizada	<ul style="list-style-type: none"> . Auditorias de gestão dos sistemas municipais . Auditorias de serviços especializados . Auditorias de consórcios intermunicipais
b) Problema central	<ul style="list-style-type: none"> . Baixa capacidade resolutiva frente às necessidades (dificuldade e/ou não realização das auditorias demandadas)
c) Causa do problema central	<p>1) Capacidade produtiva não resolutiva</p> <ul style="list-style-type: none"> . Descontinuidade administrativa . Interferência política . Ausência de carreira específica . Geração de demandas centralizadas não pactuadas . Excesso de demandas não específicas delegadas aos auditores <p>2) Estruturação dos componentes estaduais e municipais</p> <ul style="list-style-type: none"> . Regulamentação do processo de trabalho, competências e atribuições . Legitimação Tripartite . Recursos financeiros e materiais . Recursos humanos capacitados . Financiamento específico para descentralização . Regulamentação de ressarcimento ao SUS e ao usuário . Regulamentação da auditoria de consórcios . Regulamentação de auditoria de contratos e metas <p>3) Força de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> . Capacitação . Formação específica . Recertificação . Dimensionamento <p>4) Importância estratégica da auditoria na orientação e organização do sistema</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ausência de cultura de auditoria . Desconhecimento das outras áreas . Não priorização pelo gestor <p>5) Fortalecimento da gestão pública</p> <ul style="list-style-type: none"> . Cultura centralizada . Incompatibilidade das agendas estaduais e municipais
d) Fatores de risco	<ul style="list-style-type: none"> . Descontinuidade administrativa . Vontade política . Geração de demandas não pactuadas . Recursos financeiros insuficientes . Compatibilidade entre as agendas federal e estaduais . Recursos humanos pouco capacitados

ANEXO III

AUDITORIA EXTERNA INDEPENDENTE NAS CONTAS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O POSSÍVEL IMPACTO DA ATUAÇÃO PRIVADA NA AUDITAGEM DO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE

Neste anexo procuraremos discutir, de forma sucinta, os possíveis impactos decorrentes da participação do setor privado de auditoria na auditagem das contas contábeis, financeiras e orçamentárias dos serviços públicos de saúde.

Conforme explanado anteriormente, auditorias ou controles externos realizados junto aos poderes públicos, nas três esferas governamentais, são de responsabilidade do poder Legislativo, auxiliado pelos Tribunais de Contas, no âmbito de atuação de cada uma destas instituições. Paralelamente foram criadas instâncias de controle e avaliação com especificidades e campos de atuação bem delimitados, como exemplificado no último capítulo desta dissertação. Mas todas elas são agências públicas, sujeitas aos mesmos critérios de nomeação e indicação de funcionários, estruturadas hierarquicamente e/ou dependentes de recursos do poder público para a sua manutenção. Portanto, parece que a independência destas agências para a realização dos trabalhos de auditoria fica comprometida.

Por outro lado, sabe-se da existência de *lobbies* e pressões das auditorias independentes, sobretudo das empresas multinacionais deste segmento, para a abertura deste nicho de mercado para a atuação dos serviços privados. Não pretendemos, aqui, fazer uma apologia das “virtudes” deste segmento de mercado, mesmo porque todos sabemos do envolvimento de algumas destas auditorias privadas em episódios em que a performance dos auditores pode ser, no mínimo, questionada, para não levantarmos, aqui, a hipótese de convivência com desvios e fraudes, em casos de conhecimento público¹.

No exercício que buscaremos fazer neste anexo, trabalharemos com a hipótese de uma atuação conjunta do Estado e de empresas privadas de auditoria no controle e fiscalização dos atos e gastos públicos referentes às Secretarias e/ou Fundos de Saúde das subunidades de

governo. O objetivo deste exercício, portanto, é explorar os impactos plausíveis de trabalhos conjuntos entre as agências públicas e privadas, utilizando mecanismos de auditoria², controle e fiscalização destas contas, tornando as ações, tanto as relacionadas aos repasses de recursos como à sua efetiva alocação, mais transparentes para toda a sociedade, ajudando, assim, a evitar abusos e desvios por parte dos gestores locais do sistema de saúde.

Neste sentido, parece-nos que uma atuação conjunta destes dois segmentos de auditoria poderia fortalecer e aperfeiçoar o controle sobre os gastos públicos. Não se trata, portanto, neste exercício assumidamente especulativo, de propormos a extinção dos Tribunais de Contas ou do Sistema Nacional de Auditoria, para que fossem substituídos por empresas privadas de auditoria. Mesmo porque questões relacionadas a quem contrataria as auditorias privadas ou, mesmo, se elas teriam a autonomia necessária para a realização destes trabalhos, ainda continuariam suscitando dúvidas.

Assim, o propósito fundamental deste anexo é desenvolver uma argumentação sobre o possível impacto das práticas das auditorias privadas nas contas do sistema público de saúde, através de auditorias periódicas nas contas das Secretarias e/ou Fundos Saúde, de modo a proporcionar auditorias desagregadas em cumprimento aos princípios de contabilidade, com a publicação dos balanços auditados e dos respectivos pareceres destas contas em veículos de comunicação de massa.

A publicação deste balanço teria como propósito validar a prestação de contas dos recursos públicos destinados à saúde, de modo que apresente pontos básicos como a evolução das contas contábeis no decorrer do exercício fiscal, uma avaliação dos recursos financeiros dizendo se este dinheiro foi realmente aplicado dentro do orçamento e uma análise do processo administrativo.

¹ São exemplos os episódios recentes ocorridos com instituições financeiras brasileiras, como os bancos Nacional, Econômico e Bamerindus, dentre outros.

² Diferenciaremos, nesta nota, os propósitos da auditoria de caráter financeiro e contábil, explicados anteriormente, do que se pode entender por auditoria de desempenho. A auditoria de desempenho é definida por Gomes (2001) como sendo uma modalidade de revisão e avaliação das atividades governamentais, direcionando a atenção para os resultados da gestão pública. Neste sentido, apresenta-se como um conjunto de procedimentos técnicos e métodos de investigação utilizados por instituições de controle da administração pública, de modo a proporcionar informações coerentes das atividades, projetos, programas e políticas, voltados para os aspectos de economia, eficiência e efetividade, boas práticas de gestão, equidade, alcance de metas, capacidade de gerenciamento de desempenho, informações de desempenho, entre outros objetivos. Trata-se, portanto, da adoção de critérios de julgamento adotados pelos auditores sobre o comportamento da atividade, da organização ou projeto que está sendo avaliado ou controlado. Vale ressaltar que a condução de uma auditoria de desempenho cuja incidência possa afetar o processo de formulação de uma determinada política pública não depende somente do grau de independência e conhecimento técnico dos auditores. Tais condições são necessárias, mas não são suficientes por si sós.

Deste modo, este anexo busca também encorajar a discussão e a reflexão sobre estes procedimentos e estratégias, que já vêm sendo adotadas pelo poder público em alguns casos, como veremos mais adiante.

O controle externo privado, por meio de auditorias, seria um complemento do controle realizado pelo poder público, através das diversas instâncias destinadas a esta função. Ambas são importantes neste processo complexo de proporcionar maior transparência às contas do sistema público de saúde em cada subunidade de governo.

Os procedimentos adotados na execução de auditorias ou fiscalizações em contas públicas, no Brasil, assim como a sua forma de divulgação dos resultados, parecem ser ineficientes para proporcionar uma informação clara e precisa da situação contábil e financeira das contas das Secretarias e/ou Fundos Saúde. Tais procedimentos diferem dos objetivos propostos e apresentados pelas auditorias privadas, que evidenciam, pela publicação do balanço patrimonial, de demonstrações de resultados e do parecer do auditor independente, a situação contábil e financeira da entidade. Para tanto, os princípios adotados (e exigidos por legislação própria, de acordo com a lei nº 6.404/1976) para a execução de auditorias privadas, assim como a sua forma de divulgação dos resultados, pressupõem uma maior responsabilização tanto por parte dos gestores, pela confiabilidade dos dados apresentados junto à auditoria, como por parte das instituições de fiscalização, controle e auditoria, pela correta constatação e conferência das contas.

As atividades de auditoria realizadas nas contas do setor público, assim como o constante acompanhamento de tais contas, teriam como propósito a fiscalização e o controle contábil, financeiro e patrimonial, visando certificar a adequação dos controles internos, apontando as possíveis irregularidades (CRUZ, 1997), e ressaltando o exame da eficiência, da eficácia e da probidade das ações dos prestadores de serviços públicos. Neste sentido, a auditoria independente seria um importante mecanismo de controle, ressaltando a questão da transparência nas alocações dos gastos públicos, bem como induzindo à correção de eventuais práticas contábeis e administrativas que porventura se apresentem inconsistentes.

No nosso entendimento, a participação do segmento de auditorias privadas nesta área pública³ poderia aumentar a confiabilidade dessas contas também porque elas seriam

³ Um exemplo envolvendo a participação de auditorias privadas em contas públicas foi o que aconteceu no Ministério da Cultura ao ser editada a Instrução Normativa (IN) nº 01 de 2000, que prevê a ocorrência de auditorias privadas em projetos culturais aprovados pela Lei de Incentivo à Cultura para o uso de recursos provenientes de isenção fiscal. A edição desta IN deu-se, em grande medida, para evitar o mau uso destes recursos por parte dos produtores culturais ou, mesmo, como um fator inibidor destas práticas. Assim, estes projetos culturais passaram a ser auditados por empresas privadas que atestam, a partir dos controles contábeis e financeiros, a probidade ou o não cumprimento destes projetos. Ao final da realização de cada projeto cultural,

auditadas de forma desagregada. É o caso das contas das Secretarias e/ou Fundos Saúde, que são o objeto deste trabalho. Desta forma, haveria um maior contato e acesso da sociedade civil a estes números, uma vez que seriam auditados e publicados em balanços, de forma clara e inteligível, destacando a evolução destas contas, sendo, ao final, dado um parecer sobre a posição real, tanto contábil quanto financeira, destas Secretarias e/ou Fundos de Saúde.

Vale ressaltar que as agências públicas de controle e fiscalização parecem não apresentar condições para efetuarem estes trabalhos, conforme observamos na nossa pesquisa junto a estas instâncias. Isto se dá, dentre outros motivos, pelo reduzido quadro profissional destas instâncias e dado o grande número de Secretarias e/ou Fundos Saúde a serem auditadas.

Na relação entre o poder público e a iniciativa privada, na forma das auditorias independentes privadas, provavelmente surgiriam questões as mais diversas, como: a quem seria dada a incumbência de contratar estas auditorias privadas; tais empresas teriam condições para a realização destes trabalhos, seja pelo aspecto técnico, por envolver questões de ordem pública, ou em função da presença de interesses políticos? Neste momento vale mencionar que, apesar das auditorias realizadas pelos órgãos públicos estarem sujeitas a uma interferência maior de caráter eminentemente político no controle do gasto público, isso não significa que nas auditorias independentes privadas esta interferência seria automaticamente evitada. Este perigo, na realidade, parece não poder ser evitado *a priori*.

Assim, um importante fator que não deve ser deixado de lado na análise da participação privada em situações que envolvam o controle e a fiscalização das contas públicas refere-se à dimensão política desta auditoria. As pressões podem existir, de todos os tipos e graus, oriundas das agências públicas envolvidas ou, mesmo, de instituições privadas com interesses nestes resultados. Com efeito, tais pressões podem circunscrever o impacto dos trabalhos de auditoria externa, limitando as possibilidades de atuação da entidade fiscalizadora (GOMES, 2001).

Ressalte-se, porém, um impasse a ser enfrentado pelas políticas de avaliação: em se tratando de uma avaliação interna, tem-se a garantia do conhecimento técnico do programa a ser avaliado, o que proporcionaria maior agilidade e eficiência no processo. Contudo, a avaliação muitas vezes perde a sua independência, uma vez que a análise normalmente é

são emitidos pareceres pelos auditores independentes, os quais são encaminhados diretamente ao Ministério da Cultura para a aprovação (ou não) dessas prestações de contas. Ou seja, a participação da auditoria externa privada não isenta o poder público das suas funções. Ocorre apenas como um facilitador deste processo. Uma outra forma de inserção deste segmento privado das auditorias independentes na esfera pública já ocorre por meio das auditorias realizadas junto às empresas e bancos estatais.

executada por um agente que participou da implantação do programa ou que tem interesses diretos no processo. Não seria, desta forma, isenta.

Por outro lado, em se tratando de uma avaliação externa, ocorreria o processo inverso: ter-se-ia a condição de independência (que pode ser também questionada...), pelo fato de o auditor não ter subordinação hierárquica e também por não existir uma relação salarial, ou seja, aparentemente sem interesses diretos quanto aos resultados da auditoria, mas com o agravante de que, por ser externo ao programa, lhe faltaria o conhecimento acerca do processo de funcionamento, o que pode reduzir a eficiência desta avaliação.

Os trabalhos realizados pelas auditorias públicas priorizam a consolidação financeira, orçamentária e patrimonial das subunidades de governo auditadas. Avaliam também as operações, atividades e sistemas de gerenciamento público e controle interno, bem como a execução e os resultados alcançados pelos programas de governo.

Garcia (1995) vai chamar a atenção para o fato de qualquer processo de avaliação compreender uma análise valorativa de algo em relação a algum anseio ou a um objetivo, não sendo possível avaliar, conseqüentemente, sem dispor de uma referência. Contudo, as instâncias governamentais encarregadas do controle, acompanhamento e avaliação, seja das políticas implementadas seja dos gastos efetivados pelo poder público, conforme discutido anteriormente, parecem ser insuficientes para realizar estes trabalhos de auditoria nas contas públicas e, por conseqüência, do desempenho dos gestores públicos. Assim, “um finge que acompanha e avalia e o outro finge que é acompanhado e avaliado” (GARCIA, 1995, p.11).

Desse modo, em se tratando de processos relacionados com auditorias ou fiscalizações em qualquer segmento (seja público ou privado), é bom frisar que toda forma de avaliação⁴ pressupõe uma condição de julgamento, o que, por sua vez, envolve uma atribuição de valores como forma de aprovação ou desaprovação a uma política ou a um programa público, assim como a prestações de contas do poder público (ARRETCHE, 1998). E, por se tratar de um

⁴ Segundo Carvalho (1998), o processo de avaliação é confundido com auditoria ou controle externo, ou, ainda, com uma prática de prestar contas dos resultados de programas implantados. Contudo, a compreensão do processo de avaliação apenas como uma constatação de resultados é incompleta, pois desconsidera, dentre outras coisas, o processo de formação do programa, a implementação, a execução, os resultados e, por último, os impactos causados. Já na visão adotada por Arretche (1998), o processo de avaliação de políticas públicas tem como pano de fundo um cenário muito complexo, no qual se destacam a “dificuldade em se isolar da realidade variáveis efetivamente relevantes; a incerteza sobre os reais objetivos da política avaliada; a obtenção e a adequação das informações de qualidade; as dificuldades técnicas para estabelecer relações de causalidade entre programas e seus resultados; as dificuldades para obtenção dos recursos financeiros necessários à realização de avaliações confiáveis” (p.38). Nesta mesma linha, Subirats (1994) assinala que o processo de avaliação é permeado também pela existência de focos pontuais de interesses variados em determinada política, compondo diferentes perspectivas e pontos de vista acerca do programa em análise, o que faz com que o resultado da avaliação implique, necessariamente, “boas notícias” para uns e “más notícias” para outros.

processo que implica opções valorativas de cunho pessoal, estas devem ser sustentadas por observações e informações concretas e objetivas (MENY & THOENIG, 1992).

O processo de auditoria, controle e fiscalização dos programas, assim como das contas públicas, deveria ser realizado por agências independentes. Porém, “normalmente, as equipes governamentais encarregadas da execução de uma política fazem avaliações”, o que fragiliza a condição de independência do avaliador, demonstrando que essas avaliações dificilmente podem ser isentas. Neste sentido, as “instituições independentes têm maiores condições e incentivos para, com base em critérios valorativos explícitos e objetivos definidos, montar instrumentos adequados para responder à questão da relação entre as políticas, seus processos e seus resultados, que são condições necessárias ao bom governo” (ARRETCHE, 1998, p.37).

O sistema público de saúde no Brasil convive com a iniciativa privada em inúmeros aspectos, conforme foi descrito no terceiro capítulo desta dissertação. Por isso, os mecanismos de controle e fiscalização das contas do sistema público de saúde parecem carecer de uma auditoria que conheça o segmento privado. Assim, como parece que as ações realizadas pelo poder público têm inevitáveis influências do mercado, estas não deveriam ser realizadas somente por instituições de auditoria com noções e conhecimentos técnicos voltados principalmente para as questões vividas no ambiente público, mas sim através de uma atuação conjunta entre os segmentos públicos e privados de auditoria. Ademais, poder-se-ia aumentar o número de auditorias realizadas, tendo em vista que as agências públicas não apresentam quadro profissional suficiente para esta função.

Ademais, a dimensão organizacional das auditorias independentes demonstra que o posicionamento, o grau de independência, as habilidades específicas dos auditores e o tipo de relacionamento estabelecido com as instituições auditadas representam fatores importantes na forma de condução dos trabalhos de auditoria independente, contribuindo para o aumento da *accountability* e melhoria da qualidade do serviço público (GOMES, 2001).

A nosso ver, a participação de auditorias privadas não teria como propósito a anulação do papel das auditorias públicas, em especial dos Tribunais de Contas e do Sistema Nacional de Auditoria. Como dito anteriormente, este exercício tem como objetivo analisar o possível impacto da participação do segmento privado na execução de auditorias voltadas unicamente para as contas do subsistema de saúde local, com a respectiva publicização dos seus resultados. Uma vez efetuado este trabalho, caberia aos Tribunais de Contas e ao Sistema Nacional de Auditoria a validação, ou não, destes resultados. Ou seja, seriam encaminhados a estes órgãos os resultados dos trabalhos realizados pelas auditorias privadas, de forma independente e externa. Isto aumentaria a ressonância deste processo, ao serem colocados em

cena os Tribunais de Contas e o Sistema Nacional de Auditoria, a credibilidade destas auditorias poderia aumentar. Adicionalmente, estes trabalhos seriam submetidos às instâncias de controle das auditorias privadas, que são os conselhos de classe e a Comissão de Valores Mobiliários (CVM⁵), que tomam conhecimento de cada auditoria realizada por instituições ou pessoas físicas a elas vinculadas.

Assim, os trabalhos de auditoria, controle e fiscalização nas contas públicas aparentemente seriam executados de forma mais precisa, com a divulgação dos resultados através de balanços publicados em veículos de comunicação de massa e com alcance local, além de serem submetidos a avaliações pelas agências públicas, quais sejam: os Tribunais de Contas, o Ministério Público, o SNA, o poder Legislativo e os Conselhos de Saúde, no âmbito de cada municipalidade.

O'Donnell (1997) considera, como uma das condições para a existência de uma *accountability* horizontal no processo de controle e fiscalização das ações e dos gastos realizados pelas instituições ou agentes públicos, que esta tarefa relacionada à execução dos trabalhos de auditoria não pode estar restrita a agências isoladas, mas deve ser executada por redes de agências públicas. Esta condição, por sua vez, proporcionaria maior segurança quanto aos mecanismos de fiscalização e repressão dos agentes públicos envolvidos em atos de improbidade.

⁵ A Comissão de Valores Mobiliários (CVM) é um órgão público que, dentre outras coisas, normatiza a realização das auditorias no âmbito nacional. Ou seja, no caso de autorização legal para a execução de auditorias, tanto a pessoa física como a pessoa jurídica têm que apresentar registro neste órgão e, a partir daí, submeter os trabalhos realizados a avaliações (todos os trabalhos de auditoria realizados pelas auditorias independentes têm que ser comunicados a este órgão). Além do mais, existem avaliações periódicas da capacidade técnica do auditor registrado na CVM.