

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

FRANCIS KAEMPF DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DOCUMENTAL DAS IRREGULARIDADES CONSTATADAS NO
34ª SORTEIO PÚBLICO DE FISCALIZAÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA
UNIÃO.**

BRASÍLIA – DF

2014

FRANCIS KAEMPF DO NASCIMENTO

**ANÁLISE DOCUMENTAL DAS IRREGULARIDADES CONSTATADAS NO
34ª SORTEIO PÚBLICO DE FISCALIZAÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA
UNIÃO.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde, Núcleo de Educação, Avaliação E Produção Pedagógica em Saúde (EDUCASAUDE), da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Estela Auxiliadora Almeida Lopes

Co-orientador: Caren Serra Bavaresco

**Brasília, DF
julho/2014**

RESUMO

O presente documento traz a análise do Relatório de Fiscalização, 34º etapa dos Sorteios Públicos, oriundo da Controladoria-Geral da União, tendo em vista os apontamentos de irregularidades no âmbito da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS.....	6
3. METODOLOGIA.....	12
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	13
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	13
3.3 VARIÁVEIS A SEREM ANALISADAS.....	13
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	13
4. OBJETIVO.....	14
4.1 GERAL.....	14
4.2 ESPECIFICO.....	14
5. SÓRGÃOS DE CONTROLE.....	15
5.1 Controle interno.....	15
5.2 Controle externo.....	15
5.3 Órgãos públicos responsáveis por fiscalizar a aplicação dos recursos federais.....	16
6. ANÁLISE DOCUMENTAL DAS IRREGULARIDADES CONSTATADAS NO 34ª SORTEIO PÚBLICO DE FISCALIZAÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO. .	17
7. CONCLUSÃO.....	31
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
9. ANEXO.....	35

1. INTRODUÇÃO.

O presente trabalho traz a análise documental das irregularidades constatadas na 34ª etapa da fiscalização, oriunda da Controladoria Geral da União, Secretaria Federal de Controle Interno, por meio de sorteio público, no ano de 2011.

A maioria dos relatórios de fiscalizações e similares, recebidos pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, é proveniente da Controladoria Geral da União (CGU), por ser o órgão do Governo Federal responsável por assistir direta e imediatamente ao Presidente da República quanto aos assuntos relativos à defesa do patrimônio público e ao incremento da transparência da gestão. O mecanismo mais utilizado é o de sorteio público para definição de municípios e estados onde serão desenvolvidas as fiscalizações.

O relatório em questão trata da análise das diversas constatações feitas por meio da fiscalização da Controladoria Geral da União, Secretaria Federal de Controle Interno, referente ao programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos, relativo ao Programa Atenção Básica em Saúde, na Ação Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica – PAB para a Saúde da Família em todo o país. Dentro deste contexto, analisaram-se a aplicação dos recursos federais transferidos e/ou aplicados no Município, a atuação do Conselho Municipal responsável pelo acompanhamento e orientação de Programas de Governo, bem como a prestação de serviços públicos à sociedade. Os trabalhos foram realizados “in loco” nos Município por meio de inspeções físicas e documentais, realização de entrevistas, aplicação de questionários e registros fotográficos, em cumprimento às Ordens de Serviço emitidas pelas Coordenações-Gerais da Secretaria Federal de Controle Interno.

Dentro dessa linha serão transcritas as constatações da Nota Técnica e posteriormente as devolutivas provenientes dos respectivos Estados e Municípios, com a fundamentação a cerca das providências adotadas pelos respectivos gestores para o cumprimento da legislação vigente.

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS.

A área explorada no presente estudo documental dará ênfase aos resultados obtidos pela Controladoria-Geral da União no 34º Sorteio Público de Fiscalização, por meio de sua Secretaria Federal de Controle Interno, especialmente no que se refere à Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, devido ao constante aumento de legislações e fiscalizações acerca da utilização dos recursos por parte dos gestores públicos, bem como a correta execução das Políticas Públicas de Saúde.

Inicialmente, informa-se que a palavra “controle” tem sua origem no francês, pois o contre-rôle era um registro efetuado em confronto com o documento original, com a finalidade da verificação da fidedignidade dos dados.

Controlar significa verificar se a realização de uma determinada atividade não se desvia dos objetivos ou das normas e princípios que a regem.

Na Administração Pública, o ato de controlar possui significado similar, na medida em que pressupõe examinar se a atividade governamental atendeu à finalidade pública, à legislação e aos princípios básicos aplicáveis ao setor público.

A forma de controle exercida pela própria Administração Pública e por organizações privadas é chamada de controle institucional. No Governo Federal, é exercida por órgãos que têm a competência legal para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.

Os artigos 70, 71 e 74 da Constituição Federal brasileira estabelecem que o controle institucional cabe essencialmente ao Congresso Nacional, responsável pelo controle externo, realizado com o auxílio do Tribunal de Contas da União, e a cada Poder, por meio de um sistema integrado de controle interno.

Dessa forma, o controle externo deve ser realizado pelo Poder Legislativo com auxílio dos tribunais de contas. No caso do Governo Federal, conforme o mandamento constitucional, o Tribunal de Contas da União – TCU é o responsável por auxiliar o Congresso Nacional no exercício do controle externo, atividade que deve ser apoiada pelo sistema de controle interno de cada poder.

Quanto ao controle interno, na esfera federal, a Controladoria-Geral da União – CGU é o órgão central do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal. À CGU

compete desenvolver funções de controle interno, correição, ouvidoria, além das ações voltadas para a promoção da transparência e para a prevenção da corrupção.

Outros órgãos públicos também atuam na prevenção, controle, investigação e repressão da corrupção: o Ministério Público Federal, os Ministérios Públicos Estaduais, o Tribunal de Contas da União, os Tribunais de Contas dos Estados e dos Municípios, as Controladorias dos Estados, a Polícia Federal, as Polícias Estaduais, o Poder Legislativo e o Poder Judiciário, apenas para citar os órgãos mais evidentes.

Entretanto, tendo em vista a complexidade das estruturas político-sociais de um país e do próprio fenômeno da corrupção, o controle da Administração Pública não se deve restringir ao controle institucional. É fundamental para toda a coletividade que ocorra a participação dos cidadãos e da sociedade organizada no controle do gasto público, monitorando permanentemente as ações governamentais e exigindo o uso adequado dos recursos arrecadados. A isto se denomina "controle social".

Assim, no que concerne ao financiamento realizado pelo Ministério da Saúde, destinado às ações a serem desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, esclarece-se que os repasses financeiros são realizados mensalmente, de forma regular e automática, por meio de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), em conta específica, aberta exclusivamente para tanto (denominada "FMS - Nome do Município/PAB"), de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde e, em conformidade com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

A Portaria nº 204/2007, em seu artigo 5º, ratifica o acima dito:

Art. 5º Os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento serão transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos.

Ressalta-se que a gestão do SUS é descentralizada¹, sendo o município, o principal responsável pela execução das ações de saúde em seu território (CF/1988, art. 198, I, e Lei nº 8.080/1990, art. 7º, IX, "a").

¹ CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

Diante das responsabilidades atribuídas, a gestão e organização do SUS em cada território encontra-se sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tendo o Conselho Municipal de Saúde (CMS) como o órgão fiscalizador da execução da política municipal de saúde.

Em sintonia com a CF/1988, a atual Política Nacional de Atenção Básica - PNAB², reformulada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

“3. DAS RESPONSABILIDADES:

3.1. São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - (...)

IV - Contribuir para o financiamento tripartite da atenção básica;

(...)

3.2. Compete ao Ministério da Saúde:

I - (...)

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

(...)

3.3. Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - (...)

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica prevendo, entre outras, formas de repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

(...)

3.4. Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - (...)

II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;”

(...)

LEI Nº 8.080/90

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...)

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

(...)

² Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Vale lembrar que a regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS foi implementada pela Lei nº 8.080 de 1990³ (Lei Orgânica da Saúde) e pela Lei nº 8.142 de 1990⁴ (Regula as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde). Tais normas definiram as atribuições dos diferentes níveis de governo.

Quanto ao modelo, o SUS conforma o sistema público de prestação de serviços e ações de saúde em âmbito nacional. Tal conformação envolve inúmeras variáveis e só se concretiza por meio do estabelecimento de relações interinstitucionais de governo.

Nesse contexto, a descentralização, associada à diretriz da gestão única, resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: municipais, estaduais e o nacional. No entanto, a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da negociação intergestores.

Em linhas gerais, essa distribuição intergovernamental de funções delegou à União a cooperação financeira e a formulação da política nacional de saúde, bem como a coordenação das ações intergovernamentais. Tal situação é evidenciada no art. 16 da Lei nº 8.080 de 1990.

Pelo exposto, constata-se que, em respeito à autonomia federativa assegurada pela Constituição da República, a Política Nacional de Atenção Básica estabeleceu que o financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite.

Assim, revela-se ser de grande importância o esclarecimento acerca das formas de financiamento da Atenção Básica.

A Política Nacional de Atenção Básica dispõe que a gestão municipal aplicará os recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) em qualquer despesa vinculada à Atenção Básica em Saúde.

O PAB é o componente federal para o financiamento da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, sendo composto de uma parte fixa e outra variável.

O PAB Fixo é destinado a todos os municípios, e é calculado pela multiplicação entre um determinado valor per capita, fixado pelo Ministério da Saúde, e o número da população de cada município, tendo seu valor publicado em portaria específica.

³ Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

⁴ Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Já o Componente do PAB Variável é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, a saber: I - Saúde da Família; II - Agentes Comunitários de Saúde; III - Saúde Bucal; IV - Compensação de Especificidades Regionais; V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas; VI - Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; VII - Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória; e VIII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O somatório das partes - fixa e variável - do PAB compõe o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ressalte-se que os citados recursos federais não podem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento municipal destinado à saúde.

Neste contexto, informa-se que as Portarias nº 204/2007 e nº 837/2009, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica, preconizam que as despesas com o PAB - Fixo e Variável - destinam-se a uma série de ações voltadas ao financiamento da Atenção Básica em Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

Atualmente está em vigor a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, a qual define os valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Com isso, o valor do incentivo financeiro referente às equipes de Saúde da Família (eSF), na Modalidade 1, é de R\$ 10.695,00 (dez mil, seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês por equipe e, na Modalidade 2, é de R\$ 7.130,00 (sete mil, cento e trinta reais).

Para as equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas, a citada portaria define que, na Modalidade 1, serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil, duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe e, na Modalidade 2, serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil, novecentos e oitenta reais).

Ainda quanto às equipes de SB, estas farão *jus* a 50% a mais sobre os valores transferidos, de acordo com as modalidades definidas (1 ou 2), quando se tratarem de equipes dos Municípios constantes do Anexo I a Portaria nº 822/GM/MS, de 17 de abril de 2006, e dos Municípios constantes no Anexo a Portaria nº 90/GM/MS, de 17 de janeiro de 2008, que

atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitando-se o número máximo de equipes por ela preestabelecido.

No tocante aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a publicação da Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014, tem-se que o valor do incentivo financeiro mensal referente aos Agentes Comunitários de Saúde foi fixado em R\$1.014,00 (hum mil e catorze reais), tendo por base de cálculo do valor a ser transferido aos Municípios/Distrito Federal, o número de Agentes Comunitários de Saúde no cadastro de equipes e profissionais do Sistema Informação definido para este fim, atualmente, qual seja, o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Também, no último trimestre de cada ano, é repassada aos municípios uma parcela extra (a título de incentivo adicional), calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais, multiplicado pelo valor do incentivo fixado pela citada Portaria.

3. METODOLOGIA.

A base de pesquisa são os relatórios dos auditores da Controladoria-Geral da União realizados “in loco” junto aos sessenta municípios fiscalizados, relativo ao 34º Sorteio Público de Fiscalização.

A escolha da análise da 34ª etapa de Fiscalização a partir do Programa de Sorteios Públicos oriundo da Controladoria-Geral da União da-se em razão do significativo crescimento do aporte financeiro repassado aos municípios para a Atenção Básica e ainda, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica por meio da Portaria nº 2.488/2011 que veio a revogar a Portaria nº 648 que vigorava desde 2006. Ressalta-se que a fiscalização à ser analisada é a primeira a partir da vigência da nova Política.

O Programa de Fiscalização por Sorteios Públicos é uma iniciativa do governo federal, que visa inibir a corrupção entre gestores de qualquer esfera da administração pública. Criado em abril de 2003, o Programa usa o mesmo sistema de sorteio das loterias da Caixa Econômica Federal para definir, de forma isenta, as áreas municipais e estaduais a serem fiscalizadas quanto ao correto uso dos recursos públicos federais.

A cada sorteio são definidos 60 municípios. Em cada uma dessas unidades, os auditores examinam contas e documentos e fazem inspeção pessoal e física das obras e serviços em realização, mas privilegiam, sobretudo, o contato com a população, diretamente ou através dos conselhos comunitários e outras entidades organizadas, como forma de estimular os cidadãos a participarem do controle da aplicação dos recursos oriundos dos tributos que lhes são cobrados. Fazem parte do sorteio municípios com até 500 mil habitantes, exceto as capitais estaduais.

As informações coletadas pelos auditores são enviadas ao Ministério da Saúde por meio de CD.

As irregularidades verificadas pelos auditores são as seguintes:

- Os profissionais de Saúde não cumprem a carga horária semanal prevista para atendimento na Estratégia Saúde da Família - ESF, contrariando o que dispõe a Portaria n.º 2.488/2011.
- Irregularidades/Impropriedades na utilização dos recursos financeiros destinados a Estratégia Saúde da Família.

- Deficiência nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Inexistência ou composição incompleta das Equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Impropriedades nos dados dos sistemas – SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica e/ou CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- Unidade Básica de Saúde/UBS não possui infra-estrutura adequada, contrariando o disposto na RDC nº 50/2002 – ANVISA/MS, ou inexistente UBS para uso exclusivo na Estratégia Saúde da Família
- Problemas na realização de concurso/contratação de profissionais que compõe as equipes da Estratégia Saúde da Família.

3.1 TIPO DE ESTUDO.

Estudo transversal descritivo exploratório.

3.2 LOCAL DA PESQUISA.

Relatório de Fiscalização realizado “in loco” pelos auditores da Controladoria-Geral da União.

3.3 VARIÁVEIS A SEREM ANALISADAS.

Irregularidades apontadas.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS.

Os dados serão coletados e colocados em planilha específica. A partir daí serão realizadas as devidas análises, especialmente no que se refere as irregularidades no âmbito da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família mais frequentes verificadas nos municípios fiscalizados.

4. OBJETIVO.

4.1 GERAL.

Análise das irregularidades encontradas no sorteio e a taxa de manifestação formais recebidas.

4.2 ESPECÍFICO.

Detectou-se no âmbito da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família irregularidades administrativas e gerenciais em 40 (quarenta) dos 60 (sessenta) municípios fiscalizados.

Em razão das diligências realizadas, foram recebidas 30 (trinta) manifestações oriundas das Secretarias Municipais de Saúde e 36 (trinta e seis) das Secretarias Estaduais de Saúde.

Dentre as várias irregularidades constatadas, as que geraram a suspensão dos incentivos financeiros repassados aos municípios foram:

- Os profissionais de Saúde não cumprem a carga horária semanal prevista para atendimento na Estratégia Saúde da Família - ESF, contrariando o que dispõe a Portaria n.º 2.488/2011.
- Deficiência nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Inexistência ou composição incompleta das Equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Improriedades nos dados dos sistemas – SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica e/ou CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- Unidade Básica de Saúde/UBS não possui infra-estrutura adequada, contrariando o disposto na RDC n° 50/2002 – ANVISA/MS, ou inexistente UBS para uso exclusivo na Estratégia Saúde da Família

5. ÓRGÃOS DE CONTROLE.

5.1 Controle interno.

O controle interno é aquele exercido por órgão da própria administração, devendo auxiliar o controle externo e atuar como articulador entre as ações administrativas e a análise da legalidade, sobretudo, de assegurar a observância da legislação e dos programas de governo, avaliar a atuação dos órgãos supervisionados e fiscalizar as aplicações dos recursos públicos.

Segundo Castro (2007), o sistema de controle interno, se não bastasse ser um ótimo e eficiente mecanismo gerencial e de transparência para atuar administrativamente, também compreende um excelente instrumento de efetivação da cidadania, porque dificulta a adoção de práticas clientelistas, vinculando o gestor à prestação de contas constante à população.

Na prática, o controle interno consiste basicamente em uma ação exercida por uma organização sobre sua própria atividade, logo:

[...] controle interno é todo aquele realizado pela entidade ou órgão responsável pela atividade controlada, no âmbito da própria Administração. Assim, qualquer controle efetivado pelo Executivo sobre seus serviços ou agentes é considerado interno, como interno será também o controle do Legislativo ou do Judiciário, por seus órgãos de administração, sobre o seu pessoal e os atos administrativos que pratiquem (MEIRELLES, 2000, p.612).

A idéia básica e objetiva do controle interno consiste na prevenção e correção dos erros ou desvios no âmbito de cada poder ou entidade da administração pública, destacando que a introdução de controles internos em uma organização deve priorizar o aspecto preventivo, com tais controles voltados, diligentemente, para a correção de eventuais desvios com respeito aos paradigmas determinados, configurando-se como instrumentos auxiliares de gestão, tentando alcançar todos os níveis hierárquicos da administração. Destarte, de maneira inversamente proporcional, quanto maior for o grau de adequação dos controles internos, menor será a vulnerabilidade desses controles (PETER; MACHADO, 2003).

5.2 Controle externo.

Segundo Arruda e Teles, o controle externo das entidades públicas em suas várias modalidades e níveis de governo é exercido pelo Poder Legislativo com o auxílio do

competente Tribunal de Contas, segundo configuração estabelecida nos artigos 70 e 71 da Constituição Federal simetricamente aplicável a Estados e Municípios.

5.3 Órgãos públicos responsáveis por fiscalizar a aplicação dos recursos federais.

Controladoria-Geral da União (CGU) – o papel da CGU é verificar se o recurso federal está sendo usado adequadamente ou se está sendo desviado para outras finalidades. A Controladoria, que não atua sozinha no controle do uso de dinheiro público, recebe e apura denúncias que envolvem servidor federal ou órgão ou entidade do Governo Federal. Caso você tenha informações concretas sobre irregularidades e queira denunciar à CGU, certifique-se que sua denúncia está relacionada a procedimentos e ações de agentes, órgãos e entidades do Governo Federal (Poder Executivo). Procure descrever os fatos de forma clara, simples e objetiva. Para que a denúncia seja apurada, o ideal é que a CGU receba um relato o mais completo possível do assunto com a indicação, por exemplo, de nomes, locais, datas, documentos comprobatórios, bem como tudo o que possa servir de subsídios para viabilizar a investigação.

Câmaras de Vereadores e Assembléias Legislativas – fiscalizam as prefeituras e os governos estaduais, recebem e apuram denúncias e podem até afastar administradores envolvidos em corrupção (prefeitos, governadores, secretários etc.)

Ministério Público Estadual (MPE) e Ministério Público Federal (MPF) – os Promotores de Justiça e os Procuradores da República, integrantes do Ministério Público, defendem os interesses da sociedade, portanto também recebem e investigam denúncias de desvios de dinheiro público e propõem ações judiciais visando à punição dos envolvidos e ao ressarcimento dos recursos desviados. A diferença entre os dois é o âmbito de atuação: o MPF atua nos casos que envolvem recursos federais e o MPE, quando os recursos forem estaduais e municipais.

Poder Judiciário (Juízes e Tribunais de Justiça) – são eles que dão a última palavra: decidem quem vai ou não ser punido, quem deve ou não ir para a cadeia, quem perde ou não o mandato etc. Mas eles só podem agir se forem acionados por alguém: pelo promotor de Justiça, por exemplo, ou por qualquer pessoa, mas neste caso precisa haver assistência de um advogado.

Tribunais de Contas dos Estados (TCE) – existem em todos os estados. Fazem fiscalizações e auditorias, por iniciativa própria ou por proposta do Ministério Público, além de examinar e julgar a regularidade das contas dos gestores públicos estaduais e municipais (nos estados onde não existem Tribunais de Contas de Municípios). Esses gestores podem ser governadores, prefeitos, secretários estaduais e municipais, ordenadores de despesas e dirigentes de autarquias, fundações, empresas públicas ou sociedades de economia mista.

Tribunais de Contas dos Municípios (TCM) – existem apenas em quatro estados (Bahia, Ceará, Goiás e Pará) e em dois municípios específicos (Rio de Janeiro e São Paulo). Analisam e julgam anualmente as contas das prefeituras.

Tribunal de Contas da União (TCU) – julga a boa e regular aplicação dos recursos públicos federais e auxilia o Congresso Nacional no controle externo da Administração Pública Federal e no julgamento das contas do Presidente da República.

6. ANÁLISE DOCUMENTAL DAS IRREGULARIDADES CONSTATADAS NO 34ª SORTEIO PÚBLICO DE FISCALIZAÇÃO DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO.

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº. 2.488/GM de 21 de outubro de 2011) é responsável pelo estabelecimento dos princípios gerais para a atenção básica e, especialmente, pela inclusão da Estratégia Saúde da Família como o novo modelo de atenção à saúde no país, não se deixando de considerar na citada Política as especificidades regionais atinentes aos Povos e Comunidades Tradicionais.

Essa nova política de saúde tem por finalidade a construção de um novo modelo assistencial e de novas práticas em saúde, articulados com a sociedade, com base nos princípios doutrinários e organizativos do SUS: integralidade, universalidade, equidade, cidadania dentre outros. Enquanto o modelo tradicional se caracterizou pela presença de postos e centros de saúdes sem vínculo com as pessoas e centrado no hospital e na doença, a nova estratégia, albergada na Unidade de Saúde da Família- USF trabalha dentro de uma nova lógica, com capacitação para atender as necessidades de saúde da população de uma área abrangente, com função de prestar, através de uma equipe multiprofissional assistência contínua a comunidade, acompanhando de forma integral o território sob sua responsabilidade.

Por meio Ofício nº. 9296/DSSAU/DS/SFC/CGU-PR, que encaminhou o Relatório de

Fiscalização, a Controladoria Geral da União, por meio da Secretaria Federal de Controle Interno, solicitou a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, do Ministério da Saúde, que sejam tomadas providências quanto às constatações evidenciadas pela fiscalização no referido sorteio, no qual são apontadas várias irregularidades na gestão do Sistema único de Saúde – SUS municipal relativa ao PAB Variável.

Após recebimento das presentes Notas Técnicas enviadas ao Ministério da Saúde pela CGU, foram enviados ofícios às Secretarias Estaduais de Saúde – SES e para as Secretarias Municipais de Saúde – SMS em que foram constatadas irregularidades, solicitando resposta quanto à situação atual da Estratégia Saúde da Família e em relação ao saneamento das irregularidades. Conforme Portaria GM nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011, o não envio da resposta pelo município ou Estado ou a permanência da irregularidade na aplicação do PAB variável acarretam em suspensão e/ou devolução do recurso repassado.

As irregularidades constatadas pela CGU nos municípios fiscalizados por ocasião do 34º Sorteio Público são:

- Os profissionais de Saúde não cumprem a carga horária semanal prevista para atendimento na Estratégia Saúde da Família - ESF, contrariando o que dispõe a Portaria n.º 2.488/2011.
- Irregularidades/Impropriedades na utilização dos recursos financeiros destinados a Estratégia Saúde da Família.
- Deficiência nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Inexistência ou composição incompleta das Equipes da Estratégia Saúde da Família.
- Impropriedades nos dados dos sistemas – SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica e/ou CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
- A Unidade Básica de Saúde/UBS não possui infra-estrutura adequada, contrariando o disposto na RDC nº 50/2002 – ANVISA/MS, ou inexistente UBS para uso exclusivo na Estratégia Saúde da Família
- Problemas na realização de concurso/contratação de profissionais que compõe as equipes da Estratégia Saúde da Família.

Encaminhamentos tomados pelo Departamento de Atenção Básica, de acordo com as irregularidades constatadas pela CGU.

Constatação 01 - Os profissionais de saúde não cumprem a carga horária semanal prevista para atendimento no programa de saúde da família, contrariando o que dispõe a Portaria nº 2.488/2011.

- Situação que foi evidenciada no(s) município(s): Manoel Urbano/AC, Feliz Deserto/AL, Urucurituba/AM, América Dourada/BA, Aurelino Leal/BA, Canápolis/BA, Lamarão/BA, Ubaira/BA, Iracema/CE, Itapagé/CE, Jaguaribe/CE, Nova Glória/CE, Bela Vista do Maranhão/MA, Caputira/MG, Minduri/MG, Santana de Cataguases/MG, Selvíria/MS, Bagre/PA, Primavera/PA, Manaíra/PB, Quipapá/PE, Betânia do Piauí/PI, Roncador/PR, Fernando Pedroza/RN, João Câmara/RN, Muçum/RS, Benedito Novo/SC, Japaratuba/SE e Cesário Lange/SP.

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Após análise de toda documentação recebida por este Departamento, da situação atual de cada município e das justificativas recebidas por meio de ofícios enviados pelos gestores municipais/estaduais de saúde, os municípios de Aurelino Leal/BA, Selvíria/MS, Santo Antônio do Leste/MT, Nova Glória/GO, Caputira/MG, Durandé/MG, Manaíra/PB, Quipapá/PE, Japaratuba/SE, Cesário Lange/SP, João Câmara/RN, Roncador/PR, Betânia do Piauí/PI, Bagre/PA, Feliz Deserto/AL, Manoel Urbano/AC e Fernando Pedroza/RN tiveram, seus recursos suspensos em razão da constatação e permanência da irregularidade em questão.

A título de informação, este Departamento informa ainda que a atual PNAB, reformulada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, regulamentou a flexibilização da Carga Horária dos profissionais médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família - ESF, os quais passam a ter opções de cargas horárias a ser realizadas no ESF, que podem variar de 40, 30 ou 20 horas semanais. Neste último caso (20 horas), autorizando o credenciamento das chamadas "Equipes Transitórias", que são as equipes com médicos em tempo parcial, havendo ainda, permissão de cumprimento de parte destas cargas horárias, no caso de 40 horas, em serviços de urgência e emergência no município, educação continuada, residência multiprofissional e atividades de especialização em saúde da família.

A PNAB estabelece em seu Anexo I, no tópico referente às ESPECIFICIDADES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, que:

PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011

SÃO ITENS NECESSÁRIOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

I - existência de equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal;

II - o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe;

III - cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe;

IV - cadastramento de cada profissional de saúde em apenas 01 (uma) ESF, exceção feita somente ao profissional médico que poderá atuar em no máximo 02 (duas) ESF e com carga horária total de 40 (quarenta) horas semanais; e

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, à exceção dos profissionais médicos, cuja jornada é descrita no próximo inciso.

A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial.

Serão admitidas também, além da inserção integral (40h), as seguintes modalidades de inserção dos profissionais médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade nas Equipes de Saúde da Família, com as respectivas equivalências de incentivo federal:

I - 2 (dois) médicos integrados a uma única equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 01 (um) médico com jornada de 40 horas semanais), com repasse integral do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família;

II - 3 (três) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 02 (dois) médicos com jornada de 40 horas, de duas equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a duas equipes de saúde da família;

III - 4 (quatro) médicos integrados a uma equipe em uma mesma UBS, com carga horária semanal de 30 horas (equivalente a 03 (três) médicos com jornada de 40 horas semanais, de três equipes), com repasse integral do incentivo financeiro referente a três equipes de saúde da família;

IV - 2 (dois) médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 85% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família; e

V - 1 (um) médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de saúde da família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a esta especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com esta configuração são denominadas Equipes Transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência neste formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêm horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

A quantidade de Equipes de Saúde da Família na modalidade transitória ficará condicionada aos seguintes critérios:

I - Município com até 20 mil habitantes e contando com 01 (uma) a 03 (duas) equipes de Saúde da Família, poderá ter até 2 (duas) equipes na modalidade transitória;

II - Município com até 20 mil habitantes e com mais de 03 (três) equipes poderá ter até 50% das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

III - Municípios com população entre 20 e 50 mil habitantes poderá ter até 30% (trinta por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória;

IV - Município com população entre 50 e 100 mil habitantes poderá ter até 20% (vinte por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória; e

V - Município com população acima de 100 mil habitantes poderá ter até 10% (dez por cento) das equipes de Saúde da Família na modalidade transitória.

Em todas as possibilidades de inserção do profissional médico descritas acima, considerando a importância de manutenção do vínculo e da longitudinalidade do cuidado, este profissional deverá ter usuários adscritos de modo que cada usuário seja obrigatoriamente acompanhado por 1 (um) ACS (Agente Comunitário de Saúde), 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, 01 (um) enfermeiro e 01(um) médico e preferencialmente por 1 (um) cirurgião-dentista, 1 (um) auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal, sem que a carga horária diferente de trabalho comprometa o cuidado e/ou processo de trabalho da equipe.

<p><u>Constatação 02</u> – Irregularidades/Impropriedades na utilização dos recursos financeiros destinados a ESF/EACS.</p>

- Situação que foi evidenciada no(s) município(s): Canápolis/BA.

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Após análise da situação apresentada no relatório CGU do município em questão, das justificativas recebidas por meio de ofício enviados pelos gestores municipal/estadual de saúde, foi constatado a tomada de medidas corretivas por parte do município acima citado, especialmente quanto a devolução dos recursos do Piso da Atenção Básica aplicados indevidamente.

Constatação 03 - Deficiência nos atendimentos realizados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família.

- **Situação que foi evidenciada no(s) município(s):** Manoel Urbano/AC, Feliz Deserto/AL, Urucurituba/AM, Aurelino Leal/BA, Itapagé/CE, Jaguaribe/CE, Bela Vista do Maranhão/MA, São Raimundo do Doca Bezerra/MA, Caputira/MG, Durandé/MG, Selvíria/MS, Reserva do Cabaçal/MT, Santo Antônio do Leste/MT, Bagre/PA, Manaíra/PB, Betânia do Piauí/PI, Roncador/PR, Fernando Pedroza/RN, João Câmara/RN, Arroio dos Ratos/RS, Muçum/RS, Segredo/RS, Japarutuba/SE e SP-Cesário Lange/SP.

- **Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:**

Foram realizadas diligências às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de que as mesmas realizassem no âmbito da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família, as atividades sob sua responsabilidade e definidas pela Portaria GM/MS nº 2.488/2011.

Após o recebimento das informações oriundas das Secretarias acima citadas, verificou-se que todas as providências foram tomadas em relação ao atendimento adequado à população cadastrada, conforme determina a Portaria GM/MS n.º. 2.488/2011. Com efeito, foram adotadas providências a fim de apurar os fatos relatados, principalmente quanto aos seguintes pontos: quantitativo de famílias visitadas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS em número muito abaixo ou muito superior ao preconizado na PNAB; famílias abrangidas na área de atuação do PSF não atendidas; visitas às famílias não realizadas com a frequência – pelo menos uma vez ao mês – que permita o monitoramento das situações de risco.

Constatação 04 – Improriedade na inserção/atualização dos dados dos sistemas SIAB-Sistema de Informação da Atenção Básica e/ou CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde .

- **Situação evidenciada no(s) município(s):** Manoel Urbano/AC, Feliz Deserto/AL, Aurelino Leal/BA, Itapagé/CE, Jaguaribe/CE, Bela Vista do Maranhão/MA, Caputira/MG, Minduri/MG, Selvíria/MS, Bagre/PA, Primavera/PA, Roncador/PR, João Câmara/RN, Benedito Novo/SC e Novo Acordo/TO

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Inicialmente, cumpre esclarecer que o SCNES é um sistema onde são cadastrados todos os estabelecimentos de saúde, independente de sua esfera administrativa (público ou privado). Nesse sistema há, ainda, um módulo em que devem ser cadastrados todos os profissionais de saúde, realizando sua identificação e vinculando-os aos estabelecimentos de saúde que atuam com a respectiva carga horária e o Código Brasileiro de Ocupação (CBO).

Para auxiliar e cooperar com o melhor planejamento e controle da Atenção Básica aos municípios foi editada a Portaria GM/MS nº 256, de 11 de março de 2013, a qual estabeleceu novas regras para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes que farão parte do NASF e a Portaria nº 501, de 24 de dezembro de 2009, que atualiza a Tabela de Incentivos do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, que serão transferidos a estados, municípios e o Distrito Federal, e/ou pagos a estabelecimentos que prestaram (ão) serviços de saúde ao SUS em alguma política de saúde implementada pelo Ministério.

O citado dever de cadastramento e alimentação dos dados no SCNES por parte dos municípios, distrito federal e estados, decorre do disposto na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, aprovada em 21 de outubro de 2011 por meio da Portaria nº. 2.488/GM, a qual ratificou a descentralização do SUS e determinou expressamente em suas disposições as atribuições específicas de cada um dos entes federados.

Com efeito, de acordo com a PNAB, cabe aos municípios e ao distrito federal alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão. Cabe ainda aos citados entes verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão.

Por sua vez, de acordo com a já citada PNAB, cabe aos Estados por meio das respectivas Secretarias Estaduais de Saúde verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais.

Contudo, em face da não correção da irregularidade em questão, especialmente quanto ao cadastro indevido de profissionais junto ao SCNES, os municípios de Selvíria/MS, Bagre/PA, Manoel Urbano/AC

Constatação 05: A Unidade Básica de Saúde não possui infra-estrutura adequada, contrariando o disposto na RDC nº 50/2002 - ANVISA ou inexistente unidade básica de saúde para uso exclusivo no programa Saúde da Família.

- Situação evidenciada no(s) município(s): Manoel Urbano/AC, Feliz Deserto/AL, Urucurituba/AM, América Dourada/BA, Aurelino Leal/BA, Itapagé/CE, Jaguaribe/CE, Santo Antônio da Barra/GO, São Raimundo do Doca Bezerra/MA, Borda da Mata/MG, Caputira/MG, Durandé/MG, Santana de Cataguases/MG, Reserva do Cabaçal/MT, Santo Antônio do Leste/MT, Bagre/PA, Primavera/PA, Curral de Cima/PB, Quipapá/PE, Betânia do Piauí/PI, Fernando Pedroza/RN, João Câmara/RN, Upanema/RN, Arroio dos Ratos/RS, Japaratinga/SE, Cesário Lange/SP e Novo Acordo/TO.

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Em relação à infra-estrutura e recursos observa-se que irregularidades foram constatadas tomando-se como base o “Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde”, divulgado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de orientar profissionais e gestores municipais de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção e escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para unidades básicas de saúde – UBS.

Todavia, o mencionado Manual não se trata de um documento normativo, mas sim de instrumento de orientação geral acerca da infra-estrutura ideal para o atendimento as demandas da Estratégia Saúde da Família.

Informamos, ainda, que nos municípios em que a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde se encontravam precárias, as providências de saneamento foram tomadas em conformidade com as exigências mínimas vigentes, conforme documentação encaminhada pelos entes fiscalizados, com a exceção dos municípios de Lamarão/BA, São Raimundo do Doca Bezerra/MA, Curral de Cima/PB e Upanema/RN que em razão da irregularidade em questão, e da ausência da infraestrutura mínima para a realização das atividades de saúde, tiveram seus incentivos financeiros suspensos.

Constatação 06 – Inexistência ou composição incompleta de Equipe de Saúde da Família, Saúde Bucal ou Agente Comunitário de Saúde.

- **Situação evidenciada no(s) município(s):** Itapagé/CE, Santo Antônio do Leste/MT, Fernando Pedroza/RN, João Câmara/RN, Segredo/RS e Cesário Lange/SP.

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Em razão dessa constatação remetida pela CGU, e dos encaminhamentos da documentação pelos gestores municipais e relatórios de supervisão técnica dos gestores estaduais, promoveu-se a suspensão dos recursos relativos ao incentivo financeiro do PAB-Variável/Saúde da Família do município de Santo Antônio do Leste/MT.

Da análise da documentação relativa aos demais municípios, no período de ocorrência da fiscalização, os mesmos atestaram que a situação evidenciada pela CGU nas referidas localidades foi devidamente solucionada.

Constatação 07 - Problemas na realização de concurso/contratação de profissionais de saúde.

- **Situação que foi evidenciada no(s) município(s):** Manoel Urbano/AC, Feliz Deserto/AL, Urucurituba/AM, Lamarão/BA, Jaguaribe/CE, Nova Glória/GO, Santo Antônio da Barra/GO, Bela Vista do Maranhão/MA, São Raimundo do Doca Bezerra/MA, Borda da Mata/MG, Caputira/MG, Durandé/MG, Minduri/MG, Santana de Cataguases/MG, Selvíria/MS, Reserva do Cabaçal/MT, Santo Antônio do Leste/MT, Bagre/PA, Quipapá/PE, Roncador/SC, Segredo/RS, Benedito Novo/SC, Japarutuba/SE e Novo Acordo/TO.

- Providências tomadas pelo DAB/SAS/MS:

Diante da solicitação de providências encaminhadas por este Departamento de Atenção Básica, todos os municípios demandados apresentaram contratos de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, sendo que em alguns casos foi apresentada a comprovação de realização de concurso público.

De toda sorte, é importante ressaltar ser da competência exclusiva dos municípios a seleção, contratação e remuneração dos profissionais integrantes das Estratégias Saúde da

Família, Agentes Comunitários de Saúde e Saúde Bucal, conforme o disposto na Política Nacional de Atenção Básica, não sendo o Ministério da Saúde ente fiscalizador das relações de trabalho firmadas pelos entes municipais, em observância ao princípio da autonomia federativa preconizada na Constituição da República.

Ainda, a PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverá seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locoregionais.

DAS RESPONSABILIDADES:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, através do COSEMS, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos as diretrizes e os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

III - ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, e Secretaria Estadual de Saúde pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

V - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

VII - Definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

XII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial e de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

XIII - Alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

XIV - Organizar o fluxo de usuários, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde dos usuários;

XV - manter atualizado o cadastro no sistema de Cadastro Nacional vigente, dos profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão; e

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção.

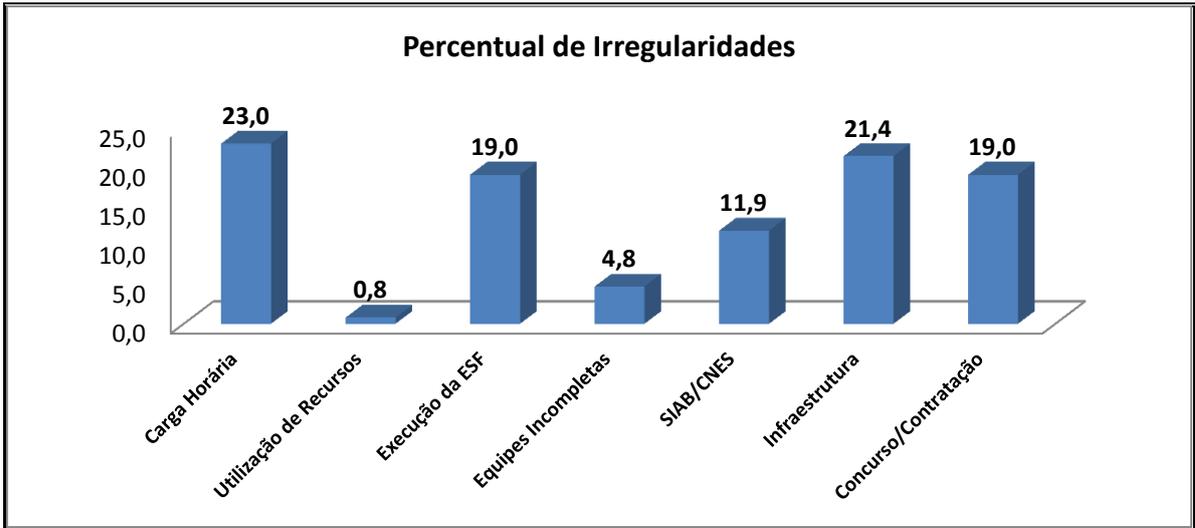
Diante da análise apresentada neste documento, considerando o 34º sorteio e as fiscalizações realizadas pela Controladoria Geral da União, os dados mostraram que dos 60 (sessenta) municípios fiscalizados, em 40 (quarenta) municípios foram constatadas

irregularidades no âmbito da Atenção Básica e na aplicação do PAB. Destes 40 (quarenta) municípios auditados, foram recebidas 30 (trinta) respostas oriundas das Secretarias Municipais de Saúde e 36 (trinta e seis) das Secretarias Estaduais de Saúde, contendo as informações e documentos solicitados, bem como demonstrando as medidas tomadas para o saneamento das irregularidades anteriormente apontadas.

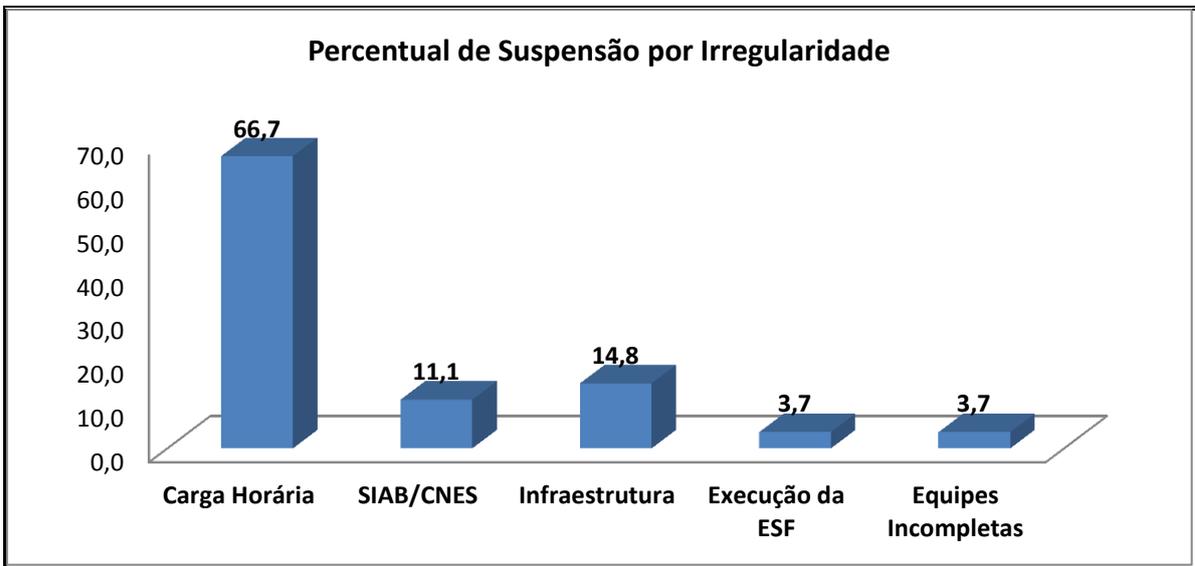
Apesar das justificativas elencadas, os municípios de Aurelino Lea/BA, Selvíria/MS, Santo Antônio do Leste/MT, Nova Glória/GO, Caputira/MG, Durandé/MG, Manaíra/PB, Quipapá/PE, Japarutuba/SE, Cesário Lange/SP, João Câmara/RN, Roncador/PR, Betânia do Piauí/PI, Bagre/PA, Feliz Deserto/AL, Manoel Urbano/AC e Fernando Pedroza/RN, Selvíria/MS, Bagre/PA, Cural de Cima/PB e Upanema/RN, tiveram seus recursos relativos ao PAB Variável suspensos, até a correção das irregularidades apontadas pela Controladoria Geral da União.

Ainda, frente as constatações apresentadas pela fiscalização oriunda da CGU e da análise das manifestações oriundas das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, ocorreu a suspensão de um total de 47 (quarenta e sete) equipes de Saúde da Família, 26 (vinte e seis) equipes de Saúde Bucal, modalidade I, 01 (uma) equipe de Saúde Bucal, modalidade II e 04 (quatro) Agentes Comunitários de Saúde, conforme Portarias anexas.

As irregularidades, motivo de suspensão dos municípios acima citados, referem-se ao descumprimento da carga horária por parte dos profissionais que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família, irregularidades junto ao SCNES, equipes incompletas e a ausência de infraestrutura nas Unidades Básicas de Saúde.



Fonte: Siscontrole - MS/SAS/DAB/CGAA.



Fonte: Siscontrole - MS/SAS/DAB/CGAA.

7. CONCLUSÃO.

O Ministério da Saúde (MS) tem como um de seus escopos a utilização de informações contidas nos relatórios de fiscalizações elaborados pelos Órgãos de Controle Federal, como indicativos de pontos vulneráveis a serem trabalhados pelo próprio MS, no sentido de qualificar a Estratégia Saúde da Família e orientar os municípios a cumprirem o que preconiza a legislação vigente no que tange a gestão dos recursos públicos federais transferidos para o fortalecimento da Atenção Básica.

A Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica - CGAA/DAB/SAS/MS é responsável, entre outras funções, por fazer o acompanhamento das demandas referentes às constatações de irregularidade no âmbito da Atenção Básica, resultantes de trabalhos de fiscalizações e/ou denúncias provenientes de órgãos de controle interno e externo, tais como Controladoria Geral da União - CGU, Advocacia Geral da União - AGU, Tribunal de Contas da União - TCU, Ministérios Público Estaduais e Federais, entre outros.

Com essa responsabilidade, a equipe de controle da CGAA assume o papel de verificar o cumprimento das normas preconizadas na portaria n.º 2.488/2011, que estabelece os critérios e requisitos mínimos para a manutenção da transferência do Piso da Atenção Básica para a Saúde da Família, fundamentado nas responsabilidades pactuadas na Política Nacional de Atenção Básica, instituída pela referida Portaria, com destaque para a responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, pelo monitoramento, avaliação e controle da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios.

Neste contexto, podemos relacionar de maneira abrangente, os seguintes objetivos específicos do processo de organização das ações de Controle no Departamento de Atenção Básica, coordenadas pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica: garantir o cumprimento das normas estabelecidas para o financiamento do governo federal aos estados e municípios para a saúde da família; aplicar ações corretivas nos casos de práticas lesivas ao interesse público e utilizar as informações contidas nos relatórios de fiscalizações e similares, como indicativos de pontos vulneráveis a ser trabalhados pelo Ministério da Saúde, no sentido de qualificar a da estratégia Saúde da Família.

É importante registrar a participação das Coordenações Estaduais da Atenção Básica nesse processo, cumprindo o seu papel de articulação na realização do monitoramento

referente ao cumprimento das normas estabelecidas para o financiamento Federal da estratégia saúde da família e na verificação da aplicação das ações correcionais pelos municípios fiscalizados.

Cabe salientar, que conforme prevê a Portaria GM/MS nº 2.488/2011, que versa sobre as responsabilidades de cada nível de Governo, compete às Secretarias Estaduais de Saúde: “responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual”.

Diante do exposto, resta claro que a organização das ações de Controle é um importante instrumento para o fortalecimento da Atenção Básica, haja vista que a avaliação, monitoramento e fiscalização dos recursos repassados aos municípios brasileiros são fundamentais para o processo de implementação das políticas públicas voltadas à área em questão, tornando-se relevante instrumento, pois seu objetivo é reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão que repercute em suspensão ou devolução de recursos públicos utilizados de forma inadequada.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Ofício nº. 9296/2012/DSSAU/DS/SFC/CGU-PR. Datado de 29.03.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 17 de maio de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 18 de abril de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 18 de janeiro de 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 314, de 28 de fevereiro de 2014.

_____. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em:
www.planalto.gov.br. Acesso em: 22.04.2014

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 22.04.2014.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 22.04.2014.

MEIRELLES, Hely Lopes. Direito administrativo brasileiro. 25. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

CASTRO, Rodrigo Aguirre de. Sistema de controle interno – Uma Perspectiva do Modelo de Gestão Pública Gerencial, Belo Horizonte. Editora Fórum, 2007.

PETER, Maria da Glória Arrais; MACHADO, Marcus Vinícius Veras. Manual de auditoria governamental. São Paulo, Atlas, 2003.

ARRUDA, Ângela Maria Furtado; TELES, José Sinval. A importância do controle social na fiscalização dos gastos públicos. Disponível em:

<http://www.fate.edu.br/revistacontabeis/images/stories/documentos/A_Importncia_do_Contr_ole_Social_na_Fiscalizao_dos_Gastos_Pblicos.pdf> Acesso em: 22.04.2014

9. ANEXOS.