O Relatório de Gestão como instrumento de controle social no SUS, o caso do Rio Grande do Sul[1]

Alcindo Antônio Ferla[2]

Resumo: *Relatórios de gestão e controle das ações e serviços de saúde na legislação nacional aparecem pela primeira vez na Lei Federal nº 8.080/90 como proposta de instrumento de acompanhamento da gestão financeira dos recursos da saúde de cada uma das esferas, particularmente aqueles repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a estados e municípios. A gestão do SUS no Estado do Rio Grande do Sul, em 1999, optou por fortalecer essas possibilidades e facilitar as relações com os gestores municipais. Tomando como base a legislação existente sobre Relatórios de Gestão e o Decreto Estadual que instituiu a Municipalização Solidária da Saúde, regulamenta-se a utilização dos mesmos instrumentos e fluxos já estabelecidos legalmente, inclusive o Relatório de Gestão Municipal, ratificando-se que também os repasses estaduais são objeto de análise do Sistema Estadual de Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria. Isso significou que a regularidade da utilização dos recursos do Estado do Rio Grande do Sul, repassados aos municípios, além das instâncias de controle horizontal já existentes, também será acompanhada pelos componentes municipal, estadual e federal do Sistema Nacional de Auditoria e pelos conselhos municipais de saúde e câmaras municipais. Os relatórios de gestão abertos à transparência e ao controle social sobre o poder público são mecanismos que qualificam a gestão da saúde no estado.*

Palavras-Chave: *Gestão em saúde; Sistema Único de Saúde; Rio Grande do Sul; Controle social; Financiamento da saúde; Legislação sanitária; Controle e auditoria em saúde.*

Introdução

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) envolveu amplos setores sociais e estabeleceu parâmetros e desafios para a administração pública que, muitas vezes, se chocaram com a tradição administrativa centralizadora e burocrática, fortemente consolidada em nosso país durante o período da

---

[1] Texto elaborado para subsidiar a sistemática de relatórios no acompanhamento da gestão do SUS, Seminário de Planejamento, abril de 2000.

[2] Médico de Saúde Pública, doutorando em Educação, Coordenador da Assessoria Técnica ao Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, ASTEPLAN-SES/RS.

ditadura militar. Mesmo que, desde os anos 50 do século passado, a teoria administrativa já estivesse produzindo alternativa organizacional e de gerenciamento, controle e avaliação, foram as propostas de políticas sociais – gestadas pelos movimentos de resistência à ditadura – que, visando à garantia da qualidade de vida, aceleraram as mudanças concretas na gestão das políticas públicas em termos de novidade a sua organização e ao seu acompanhamento.

A partir da década de 70, principalmente com origem nas lutas dos movimentos populares por saúde, a Reforma Sanitária Brasileira[3], que se expressou no processo constituinte, na Constituição Federal e na legislação complementar subseqüente, postulava a *democratização do acesso aos bens e serviços de saúde*, mas também *a democratização do acesso aos mecanismos de funcionamento do Estado* e não somente aos resultados redistributivos das políticas públicas (Carvalho, 1997, p. 93).

Nesse sentido, as diretrizes constitucionais de *descentralização da gestão*, *integralidade da atenção* e *controle social sobre o sistema de saúde* demandaram maior velocidade na produção de tecnologias de gestão para a área da saúde. Rigidez na hierarquia, distribuição estática de autoridade, precisão na definição de objetivos organizacionais, formalização precisa de procedimentos e instrumentos de controle em função da especialização das estruturas organizacionais e da distribuição do trabalho mostraram-se crenças inadequadas para o objetivo de produzir e acompanhar políticas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, situação intimamente associada às variáveis sociopolíticas e mutantes condições de vida a que estão submetidas. Foi preciso compor estratégias e modelos capazes de responder agilmente às condições concretas e conceitos como flexibilidade, descentralização, autonomia, horizontalidade, interdisciplinaridade, transparência e controle por parte da população foram conceitos que auxiliaram na proposição das novas estratégias. A própria arquitetura institucional do Estado foi posta em cheque e as propostas que emergiram tratavam de criar instâncias e procedimentos de pactuação e cooperação entre as esferas de governo e de controle social e *publicização*[4] do poder público. É importante

[3] A Reforma Sanitária Brasileira é o *processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos,* caracterizado pelo deslocamento de poder político à população, concretizado pela busca do direito universal à saúde e por um sistema público, de gestão estatal, para a sua execução. Esse processo foi desencadeado principalmente a partir da década de 70 e teve sustentação política e técnica nos movimentos populares e sindicais e em grupos de trabalhadores em saúde e da academia que defendiam esse ideário e o processo mais geral de democratização do Estado, o chamado Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (Fleury Teixeira, 1989).

[4] Por publicização se está definindo o processo de subordinação da lógica do Estado ao *interesse público*, assim entendido o interesse mais geral ou comum da sociedade. Veja-se que há um deslocamento teórico do público, contemporaneamente reduzido às estruturas, funções e ações do Estado, para um termo etimologicamente associado à expressão latina que lhe deu origem: *res pública* – coisa ou negócio do povo, conforme Carvalho (1997).

destacar que, embora apareça em quase todas as teorias sobre o Estado em que a descentralização também está presente, com perspectivas as mais diversas, no Brasil a disseminação de fóruns de participação na área da saúde se dá a partir do final da década de sessenta, ancorada na formulação teórica que aponta a crise de legitimidade das democracias liberais, na crise econômica mundial, na eclosão dos novos movimentos sociais, na orientação dos órgãos internacionais de fomento e na agenda do setor saúde brasileiro (Côrtes, 1996). Ou seja, mesmo que por vezes traduzida somente na demanda por ampliação do acesso a ações e serviços de saúde, o movimento brasileiro de reforma do setor saúde tem suporte diretamente na idéia de democratização do Estado, com controle social da sociedade.

Na área da saúde, onde esse processo de mudanças aconteceu mais precocemente, diversas das estratégias desenvolvidas já têm ampla regulamentação legal, embora ainda despertem algumas resistências por parte, principalmente, da tecnoburocracia existente nas áreas de gestão e de orientação técnica das políticas específicas e nas instâncias de controle burocrático, que perderam poder com a inversão do modelo organizacional. Já são bem clássicos os estudos que, partindo inclusive da organização do conhecimento científico na área da saúde, demonstram a resistência das áreas técnicas na construção compartilhada, descentralizada e horizontal de estratégias de atenção à saúde, pautadas também por outras racionalidades, exceto a racionalidade cognitivo-instrumental que colonizou o desenvolvimento científico moderno. A resistência burocrática das áreas administrativas, traduzida na tentativa constante de subordinar as ações assistenciais aos procedimentos formais legitimados pela tradição administrativa ainda vigente, também descreve, nos estudos que identificam limites de tecnologia administrativa na saúde, o viés tecnoburocrático que compromete a plena implementação do SUS no país. Estudos têm identificado, inclusive, certa autonomia da tecnoburocracia estatal em relação à própria orientação política formulada para o aparelho de Estado (Lucchesi, 1989). É na interação com essas instâncias de gestão estatal que os fóruns de participação da população têm produzido arranjos inovadores da gestão pública. Essa possibilidade de criação é intrínseca à própria idéia de controle social, que representa desde a origem uma mediação instável entre o controle da população sobre o poder público, própria do Movimento de Reforma Sanitária, e a idéia de controle do poder público sobre a população, própria da cultura política autoritária da ditadura militar (Ferla, 1999).

Reconhecedores da posição inovadora em que se encontrava a saúde durante o período de discussões dos dispositivos constitucionais, os legisladores constituintes definiram, no próprio texto da Carta Magna que define o atual sistema público de saúde brasileiro, a autonomia para que o Poder Público dispusesse sobre a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde (Brasil, 1988, Art. 197), já que a efetivação das definições que estavam sendo formuladas dependeria de constituir novas tecnologias e

de implementá-las, o que implicaria em superar o conjunto de resistências já descritas e despender mais tempo para implantar o então novo sistema de saúde.

Apesar dessas resistências, é indubitável o avanço que já se observa no país na implementação dos princípios e das diretrizes constitucionais para a organização e o funcionamento do sistema público de saúde. Entre as estratégias e os instrumentos desenvolvidos para acompanhar a implantação da rede única de ações e serviços, descentralizada, hierarquizada, com garantia de ações integrais e permeável ao controle social, já estão regulamentados planos de saúde (planejamento horizontal, pactuado pelos diversos atores), relatórios de gestão (prestação de contas pública e transparência da gestão), conselhos e conferências de saúde (controle social) e diversos subsistemas de informação que permitem a qualquer cidadão acessar dados sobre a organização e o funcionamento do SUS. Muitos desses avanços institucionais, que se descolam da lógica tecnoburocrática em direção à democratização do controle institucional, são conseqüência da própria ação das instâncias de participação da população no sistema de saúde. Essas instâncias formam opinião e vontade pública e seu efeito se expressa não pela ação direta de governo, que está fora de sua esfera de atuação, mas pelo estabelecimento de parâmetros de interesse público para o governo (Carvalho, 1997).

Localizar e comentar, nesse contexto, as disposições legais sobre os Relatórios de Gestão tem o duplo objetivo de demonstrar a regulamentação já existente e mostrar os mecanismos de sua eficácia, desfocando a falsa questão que pretende que as inovações sanitárias substituam o controle burocrático, sabidamente ineficaz, pela ausência de controle formal.

Relatórios de Gestão e controle das ações e serviços de saúde na legislação nacional

No âmbito federal, a idéia de relatórios de gestão aparece pela primeira vez na Lei Federal nº 8.080/90 como proposta de instrumento de acompanhamento da gestão financeira dos recursos da saúde de cada uma das esferas, particularmente aqueles repassados pelo Fundo Nacional de Saúde a estados e municípios:

> Art. 33 – Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde – SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos conselhos de saúde. [...].
> § 4º – O Ministério da Saúde acompanhará através de seu sistema de auditoria a *conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos* repassados a estados e municípios; constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei (Legislação..., 2000).

Ainda no ano de 1990, a Lei Federal nº 8.142/90 designa por *Relatório de Gestão* o instrumento que, entre os pré-requisitos para que estados e municípios recebam recursos financeiros da União para a saúde, permite o controle da execução dos recursos em conformidade à programação das ações, conforme o referido no § 4º da Lei Federal nº 8.080/90, citado acima.

Além da gestão financeira, outros conceitos citados na Lei Federal nº 8.080/90 serão incorporados na descrição do Relatório de Gestão, na medida em que esta lei condiciona as transferências financeiras e a alocação de recursos orçamentários para a saúde à existência de um *Plano de Saúde* em que estejam pactuadas atividades, programas e prioridades:

> Art. 36 – O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde – SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, *compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com as disponibilidades de recursos em planos de saúde* dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.
> § 1º – *Os planos de saúde serão a base das atividades e programações* de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde – SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.
> § 2º – É vedada a transferência de recursos financeiros para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde (Ibid., 2000, grifos do autor).

A Lei Federal nº 8.689/93, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), avança um pouco mais na definição legal do Relatório de Gestão. Essa Lei distribui as responsabilidades assistenciais, o quadro de servidores, o orçamento e o patrimônio alocados na autarquia federal extinta, bem como define os mecanismos de acompanhamento e controle de toda a infra-estrutura do Inamps, que é disponibilizada, de forma descentralizada, ao SUS. Dois artigos dessa Lei são importantes para a discussão de Relatórios de Gestão, como se verá a seguir, por tratarem do Sistema Nacional de Auditoria e da apresentação dos relatórios de gestão:

> Art. 6º – Fica instituído no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria de que tratam o inciso XIX do art. 16 e o § 4º do art. 33 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
> § 1º – Ao Sistema Nacional de Auditoria compete a *avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial* do Sistema Único de Saúde, que será realizada de forma descentralizada. [...].
> § 4º – O Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria.
> Art. 12 – O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias

> legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contanto, 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* (Ibid., 2000, grifos do autor).

A relação íntima do relatório de gestão com o controle e a avaliação fica estabelecida no parágrafo único do artigo 13 da mesma lei. Nesse artigo, que trata da reestruturação global do Ministério da Saúde à qual o Executivo deveria proceder para adequá-lo ao que determina a Constituição Federal e às Leis Orgânicas da Saúde, está disposto que:

> Art. 13 – [...].
> Parágrafo Único – A reestruturação a que se refere este artigo contemplará a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria, ora instituído, assim como suas correspondentes projeções nas Unidades da Federação, que funcionará nos termos do inciso XIX do art. 16 e do § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, e do inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Ibid.).

O Decreto Federal nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, regulamenta as condições de controle e acompanhamento da gestão:

> Art. 5º – O Ministério da Saúde, por intermédio dos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria e *com base nos relatórios de gestão* encaminhados pelos estados, Distrito Federal e municípios, acompanhará a *conformidade da aplicação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos planos de saúde*.
> Art. 9º – A União, por intermédio da direção nacional do SUS, sem prejuízo da atuação do Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal, exercerá o *controle finalístico global do Sistema Único de Saúde, utilizando-se, nesse sentido, dos instrumentos de coordenação de atividades e de avaliação de resultados*, em âmbito nacional, previstos na Lei Orgânica da Saúde e explicitados neste Decreto. (Ibid., grifos do autor)

O controle, a avaliação e a auditoria da gestão do SUS devem ser realizados pelas instâncias respectivas do Ministério da Saúde, como se pode constatar, de forma descentralizada e também pelos estados e municípios, considerando as competências estabelecidas pela Lei Federal nº 8.080/90 para essas esferas de gestão do SUS. Essa disposição foi explicitada pela Portaria do Ministro da Saúde nº 1.286, de 26 de outubro de 1993, que regulamenta a contratação de serviços pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios:

> Art. 2º – [...].
> Parágrafo Único – Na forma do disposto nos artigos 17, inciso XI, e 18, inciso X, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nos artigos 6º, § 2º, e 12, da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, o estado e o município manterão procedimentos e órgãos incumbidos do controle e da avaliação dos serviços e ações de saúde na respectiva esfera de governo, dentro da regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria (Ibid.).

Em complementação aos dispositivos já mencionados, o Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no SUS, descreve com mais detalhe o Relatório de Gestão, bem como os fluxos de acompanhamento e controle da gestão do SUS no país. Nesse Decreto fica explicitado o Relatório de Gestão e, em caso de convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, a prestação de contas, como instrumento de excelência para a comprovação da aplicação de recursos transferidos no âmbito do SUS. Mais do que isso, considerando-se que também há a necessidade de descrição, na forma de prestação de contas, da utilização dos recursos próprios e do impacto das ações desenvolvidas, pode-se dizer que o *relatório de gestão* é o instrumento de acompanhamento financeiro, do funcionamento dos serviços e da eficiência, eficácia e efetividade das ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS. Diz o referido Decreto acerca das informações que devem compor o Relatório de Gestão:

> Art. 6º – [...].
> § 3º – O relatório de gestão compõe-se dos seguintes elementos:
> I – programação e execução física e financeira do orçamento, de projetos, de planos e de atividades;
> II – comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde de que trata o inciso III do art. 4º da Lei nº 8142, de 1990;
> III – demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS;
> IV – documentos adicionais avaliados nos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS (Ibid.).

Essa disposição é complementada no artigo 9º com uma formulação similar àquela contida no artigo 12 da Lei Federal nº 8.689/93, sobre o fluxo dos relatórios de gestão e sua abrangência:

> Art. 9º – A direção do SUS em cada nível de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública, nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, 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 (Ibid.).

Duas outras definições do Decreto Federal nº 1.651/95 esclarecem a forma de utilização do Relatório de Gestão e o constituem em um efetivo instrumento de controle da gestão no SUS, não apenas dos procedimentos administrativos relativos à execução financeira, mas de todos os aspectos operacionais, incluindo o impacto das ações de saúde. O artigo 3º desse Decreto estabelece que *o Relatório de Gestão é um dos aspectos a serem analisados pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA*) que, como se sabe, desdobra-se em todas as esferas de gestão do SUS e tem como funções:

> Art. 2º – O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:
> I – Controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;
> II – avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;
> III – auditoria de regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial (Ibid.).

O segundo aspecto destacado no referido Decreto e que dá ao Relatório de Gestão a condição legal de instrumento de acompanhamento, de controle e de avaliação do SUS é a possibilidade de responsabilização dos gestores por irregularidades encontradas no relatório, como se poderá verificar nas citações apresentadas a seguir.

> Art. 3º – Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA [Sistema Nacional de Auditoria], nos seus diferentes níveis de competência, procederá: [...].
> III – ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação; ao Ministério Público, se verificada a prática de crime; e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido a infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.
> Art. 10 – Em caso de qualquer irregularidade, assegurado o direito de defesa, o órgão competente do SNA encaminhará, segundo a forma de transferência do recurso prevista no art. 6º, relatório ao respectivo Conselho de Saúde e ao DCAA [Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde], sem prejuízo de outras providências previstas nas normas do estado ou Município (Ibid.).

Como se vê, a legislação do SUS criou um conjunto de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação que são extremamente rigorosos e, principalmente, têm a avaliação concomitante de um conjunto de instâncias que permitem uma validação bastante mais eficiente do que os tradicionais mecanismos burocráticos de controles administrativos e centralizados. E o

relatório de gestão é um dos principais mecanismos nesse sentido, uma vez que é avaliado pelas instâncias gerais de controle administrativo interno e externo da administração pública, além do conjunto de instâncias de controle próprios da área da saúde, que inicia na instância local, onde o serviço foi prestado. Como se viu no artigo 10 do Decreto Federal nº 1.651/95, o Conselho de Saúde é uma instância de análise não somente do relatório de gestão, mas também do relatório das irregularidades nele encontradas pela instância do Sistema Nacional de Auditoria. Esse dispositivo foi colocado na legislação complementar em decorrência da diretriz constitucional da participação da população no controle do SUS. Essa diretriz tem uma tradução mais específica na Lei Federal nº 8.142/90:

> Art. 1º – O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
> I – a Conferência de Saúde e
> II – o Conselho de Saúde.
> § 1º – A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes [...].
> § 2º – O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de saúde, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.[...].
> § 4º – A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (Ibid.).

O princípio do controle da sociedade sobre o poder público, cuja legislação foi conquistada principalmente pelos movimentos populares e sindicais, além de um importante segmento da academia e de trabalhadores em saúde, fundamenta-se na idéia de democratização e transparência na gestão pública[5]. Esse princípio desdobra-se em um conjunto de instrumentos de controle continuado por parte das próprias instâncias e atores do SUS, que não anulam os mecanismos e instrumentos de controle administrativo e formal sobre o poder público, mas que lhe associam formas mais diretas e contínuas de

[5] No caso do Estado do Rio Grande do Sul, a Constituição Estadual assevera, quanto ao SUS, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, observada como a participação, com poder decisório, das entidades populares representativas de usuários e trabalhadores da saúde, na formulação, gestão, controle e fiscalização das políticas de saúde (Rio Grande do Sul, Art. 242, Inciso IV, 1989).

avaliação e controle. Essas formas, que incluem indicadores concretos e institucionalizados, característicos do acompanhamento de processos organizacionais, e também fluidos e subjetivos, característicos dos fenômenos vividos pelos cidadãos, têm, justamente nessa abrangência, uma garantia de funcionamento diferenciado: é o usuário concreto, que recebe a ação em saúde, a primeira instância de controle, inclusive, da eficácia dessa ação. É esse usuário, representado nos Conselhos de Saúde e nas audiências públicas, que dá o primeiro nível de consistência e validação dos relatórios de gestão do SUS. Equivocadamente, algumas estruturas burocráticas de controle interno e externo têm ignorado esse dinâmico mecanismo de controle do SUS em nome da suposta primazia dos mecanismos burocráticos de controle.

Reconhecendo a prerrogativa legal dos Conselhos e Conferências de Saúde no acompanhamento e na deliberação sobre as questões referentes ao SUS, é possível verificar mais algumas formulações sobre o tema de prestação de contas e relatórios de gestão, que reforçam o caráter institucional desse mecanismo na área da saúde. Tomando-se como exemplo o Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde (10ª CNS), realizada em setembro de 1996, tem-se que a transparência na prestação de contas, com fortalecimento das estratégias já formalizadas legalmente, é um pleito afirmado por reiteradas vezes, inclusive ampliado para outras áreas do Poder Público. Já no primeiro capítulo do Relatório, onde estão as deliberações sobre as interfaces da saúde, cidadania e políticas públicas, temos que os conselheiros decidiram:

> 4. Defender um Estado público e solidário, através de:
> 4.1. transparência real e controle social em todas as instituições públicas federais, estaduais e municipais, com prestação de contas realizada regularmente e com cumprimento das deliberações dos fóruns que têm participação da população (Conferência..., 1996).

Além de afirmar essa nova lógica de controle, o controle cidadão sobre os recursos públicos, as deliberações da 10ª CNS aprofundaram-se em questões já indicadas legalmente. A responsabilização do Sistema Nacional de Auditoria, descentralizado e acompanhado dos respectivos Conselhos de Saúde, insere-se nesse contexto. Além disso, os participantes da 10ª CNS detalharam um pouco mais o que estava definido legalmente até então em relação aos relatórios de gestão. Veja-se o que está definido como atribuições dos gestores do SUS no segundo capítulo, referente à gestão e à sua organização:

> 48. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem ter suas atribuições definidas de modo claro e objetivo, tendo como princípio o caráter público e democrático da gestão. Entre outras atribuições, os gestores do SUS devem: [...].

> 48.4. apresentar aos respectivos Conselhos de Saúde, trimestralmente, os Planos de Aplicação e Prestação de Contas dos Recursos da Saúde; e em audiência pública, no Poder Legislativo respectivo, cumprindo a Lei Federal nº 8.689/93. As audiências públicas devem ser antecedidas em quinze dias pelo envio de relatório padronizado contendo, entre outros:
> 48.4.1. o montante e a origem de todas as fontes de recursos alocados ao SUS;
> 48.4.2. o total e o detalhamento, com descrição qualitativa e quantitativa, das ações e metas na atenção à saúde no SUS;
> 48.4.3 a oferta de ações e a produção nas unidades e serviços de saúde próprios, conveniados e contratados;
> 48.4.4. o detalhamento dos pagamentos efetuados sob as diversas rubricas aos serviços públicos, conveniados e contratados;
> 48.4.5. as sindicâncias e auditorias iniciadas e concluídas no trimestre, assim como o encaminhamento dado às mesmas;
> 48.4.6. a discriminação dos gastos com investimentos (Ibid.).

Diversas outras deliberações da 10ª CNS reforçam e fortalecem a idéia de mecanismos ágeis e continuados de acompanhamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde no SUS. O Relatório dessa Conferência, aliás, é de leitura obrigatória a todos aqueles que, imersos no ceticismo pela capacidade da população em controlar diretamente a execução das ações do poder público, ainda optem por defender os mecanismos burocráticos, autoritários e centralizados para controlar os recursos públicos. Mais do que as recentes e continuadas notícias da imprensa mostrando a facilidade na burla desses mecanismos burocráticos, o caráter afirmativo e propositivo das deliberações emanadas dos próprios usuários (50% dos delegados da Conferência representam usuários do SUS) demonstra a disposição e o conhecimento que já existe por parte dos Conselhos de Saúde. Conhecimento que, certamente, pode ser aprofundado com o exercício cada vez mais amplo desse controle. Esse é o princípio que norteou a definição dos novos mecanismos institucionais de controle da ação descentralizada no SUS do RS, como se verá.

Relatórios de Gestão e a legislação do SUS no Rio Grande do Sul

Partindo da história da construção do SUS no país e das possibilidades legais já constituídas nacionalmente, a gestão do SUS no Estado do Rio Grande do Sul (SUS/RS), iniciada em 1999, optou por fortalecer essas possibilidades e facilitar a relação com os gestores municipais. Passou-se a reconhecer que a relação com os gestores municipais é uma relação horizontal de gestores públicos, que embora pertençam a esferas de governo diferentes, compartilham a gestão do mesmo sistema de saúde: o Sistema Único de Saúde. Compartilhar responsabilidades para o desempenho da obrigação constitucional de ofertar as ações e serviços de saúde necessários a cada

cidadão, conforme direito assegurado, significa que o Estado deve estabelecer outra forma de relação com o gestor municipal. Uma relação em que a impossibilidade eventual de cumprir requisitos burocráticos (comprovação de adimplência, regularidade fiscal etc.) é secundarizada pela necessidade de desenvolver, com cooperação técnica, financeira e operacional, ações de saúde com qualidade. Deve-se observar que isso não significa desconhecer a lei, muito ao contrário, significa observá-la, uma vez que o reconhecimento às particularidades da saúde levou os constituintes a incluir, já na constituição de 1988, a observação de que, por se tratar de questão de relevância pública, a avaliação, a regulamentação e o controle das ações e serviços de saúde deveriam ser dispostos pelo Poder Público nesses termos (Constituição Brasileira, Artigo 197), o que já foi feito reiteradamente com instrumentos e fluxos próprios, como se viu no decorrer deste texto.

Por isso, na criação da Municipalização Solidária da Saúde[6], a definição da transferência regular e automática aos Fundos Municipais de Saúde utiliza-se dos mecanismos já disponíveis neste âmbito: Plano de Saúde, Relatório de Gestão e o Plano de Aplicação com o compromisso do gestor municipal em operacionalizar, com as regras do SUS, as ações e serviços de saúde. Como o cuidado em saúde é continuado (nem a promoção à saúde e nem o tratamento das doenças é agendável para o tempo em que o cumprimento dos requisitos burocráticos for concluído) e implica em gasto constante (manutenção, qualificação, aquisição de insumos etc.) não é possível postergar repasse de recursos financeiros por decorrência do nível de controle previsto pela tradição burocrática. A legislação do SUS, por isso, criou os novos mecanismos, baseados no acompanhamento constante por parte do Controle Social. É preciso relembrar que essa particularidade para a área da saúde foi estabelecida pela própria Constituição Federal.

No Estado do Rio Grande do Sul, a Constituição Estadual, no artigo 245, prevê que o Poder Público repasse recursos financeiros aos municípios para custeio e investimento na saúde. O Decreto Estadual nº 38.546, de 05 de junho de 1998, que dispõe sobre o Sistema Estadual de Auditoria no SUS, regulamenta para o SUS/RS as definições contidas na legislação federal, incluindo os instrumentos de controle, no caso, do Relatório de Gestão, como se poderá verificar a seguir.

> Art. 3º – As atividades de auditoria contábil, financeira e patrimonial e de avaliação de desempenho, qualidade e resolutividade das entidades públicas e privadas que integram o Sistema Único de Saúde do Estado se estenderão:

[6] A Municipalização Solidária da Saúde caracteriza a participação da SES/RS, enquanto órgão gestor do SUS/RS, no financiamento das ações e serviços públicos de saúde e na cooperação técnica e operacional aos municípios, bem como expressa o compromisso destes com a estruturação dos sistemas locais de saúde (Decreto Estadual nº 39.582/1999, de 10 de junho de 1999).

> I – à aplicação dos recursos estaduais repassados aos municípios, de conformidade com a legislação estadual; [...]
> V – às ações, métodos e instrumentos implementados pelos órgãos municipais de controle, avaliação e auditoria, atuando diretamente ou em cooperação técnica, quando configuradas situações de inexistência, insuficiência ou omissão do Sistema Municipal do SNA;
> VI – às prestações de contas com verificação in loco, quando configuradas situações de inexistência, insuficiência ou omissão do Sistema Municipal do SNA.
> § 1º – *A verificação da aplicação dos recursos repassados pelo estado aos municípios, na conformidade com a programação aprovada, será feita mediante análise dos relatórios de gestão* (Rio Grande do Sul, 1998, grifos do autor).

Esse mesmo Decreto, contrariando legislação federal, estabelece periodicidade para os Relatórios de Gestão diversa daquela preconizada nos instrumentos legais já citados:

> Art. 3º – [...].
> § 3º – Os municípios encaminharão, *anualmente*, à Secretaria Estadual da Saúde e do Meio Ambiente, o relatório de gestão aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, acompanhado de cópia do relatório de gestão encaminhado ao Ministério da Saúde (Ibid., grifos do autor).

Percebe-se a ineficácia dessa disposição, haja vista as disposições de trimestralidade reiteradas pela legislação federal, em particular da Lei Federal nº 8.689/93 e do Decreto Federal nº 1.651/95. Outra curiosidade desse Decreto Estadual é que define a periodicidade trimestral para a apresentação dos Relatórios de Gestão da Secretaria da Saúde do Estado, em disposição diferenciada ao que preconiza para os municípios. Ressalte-se que essa disposição não foi cumprida na gestão de governo que a propôs. O artigo 11 do Decreto Estadual nº 38.546/98, como se pode ver a seguir, repete o disposto no artigo 12 da Lei Federal n° 8.689/93:

> Art. 11 – O Secretário da Saúde e do Meio Ambiente apresentará, trimestralmente, ao Conselho Estadual de Saúde e em audiência pública na Assembléia Legislativa, para análise e ampla divulgação, relatórios detalhados contendo, dentre outros, os 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 (Legislação..., 2000).

Com amparo na farta legislação existente sobre Relatórios de Gestão como instrumentos de controle financeiro e operacional e de avaliação do SUS, o Decreto Estadual nº 39.582, de 10 de junho de 1999, que criou a Municipalização Solidária da Saúde, estabelece esse como o mecanismo de

acompanhamento das transferências do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.

> Art. 4º – A transferência de que trata o artigo 1º fica condicionada à: [...]
> IV – apresentação trimestral de Plano de Aplicação e de *Relatório de Gestão* na Câmara Municipal, precedidos de aprovação pelo respectivo Conselho de Saúde, no qual conste a *prestação de contas dos recursos financeiros utilizados e a contrapartida de recursos* do Orçamento do Município [...].
> Art. 8º – A Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente, com base nos Relatórios de Gestão encaminhados pelos municípios, acompanhará a adequação dos recursos transferidos à programação dos serviços e ações constantes dos Planos de Saúde (Ibid., grifos do autor).

Veja-se que está previsto o acompanhamento, por meio dos Relatórios de Gestão, inclusive dos recursos da contrapartida municipal. Deve ser ressaltado que os Planos Municipais de Saúde, que servem de parâmetro à avaliação dos Relatórios de Gestão e Planos de Aplicação dos recursos, devem estar disponíveis, junto à SES/RS, desde a adesão dos municípios a uma das formas de gestão previstas legalmente. A SES/RS solicita a atualização desses Planos sempre que a vigência prevista está ultrapassada e os municípios devem atualizar a versão disponível na SES/RS sempre que os mesmos tiverem qualquer modificação. De todo modo, todas as alterações nas políticas, projetos ou prioridades constantes no Plano de Saúde que, aprovadas pelos Conselhos Municipais de Saúde, adquirem *status* de atualizações ao Plano Municipal de Saúde, tornando esse fórum, portanto, a instância adequada de avaliação dos próprios Planos, como por exemplo, o Plano de Aplicação dos Recursos transferidos de outras esferas de governo.

Tomando como base essa ampla legislação existente sobre Relatórios de Gestão e o Decreto Estadual que instituiu a Municipalização Solidária da Saúde por meio de repasses Fundo a Fundo, a Portaria da Secretária Estadual de Saúde nº 09/99, de 21 de junho de 1999, regulamenta a utilização dos mesmos instrumentos e fluxos já estabelecidos legalmente, inclusive o Relatório de Gestão Municipal como o instrumento de acompanhamento, controle e avaliação da utilização dos recursos repassados, ratificando que também os repasses estaduais são objeto de análise do Sistema Estadual de Acompanhamento, Controle, Avaliação e Auditoria. Isso significa que a regularidade da utilização dos recursos do Estado do Rio Grande do Sul, repassados aos municípios gaúchos, além das instâncias de controle horizontal já existentes (controle interno nos municípios e estados, Tribunal de Contas do Estado e Ministério Público), também serão acompanhados pelos componentes municipal, estadual e federal do Sistema Nacional de Auditoria e pelos Conselhos Municipais de Saúde e Câmaras Municipais. Diferentemente dos primeiros, onde há análises anuais, nos fluxos próprios da saúde essa análise feita pelas instâncias próprias é trimestral. Também diferenciadamente dos

primeiros, e sem excluir a análise *in loco* por suspeita de irregularidades, no fluxo próprio da saúde não é uma amostra dos procedimentos que sofre análise, mas *100% das atividades são inspecionadas trimestralmente*. Vê-se, dessa forma, que há muito mais rigor no fluxo de acompanhamento e controle nos fluxos da área da saúde, e não menos regularidade legal do que naqueles das demais áreas das políticas públicas.

Também como demonstração do rigor a que são submetidos os fluxos da Municipalização Solidária da Saúde e dos demais repasses financeiros da SES/RS para os Fundos Municipais de Saúde, por meio da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/RS) nº 80/99, de 07 de outubro de 1999, estabeleceu-se que os municípios devem preencher adequadamente o Sistema de Informações em Orçamentos Públicos de Saúde (Siops), criado pelo Ministério da Saúde por demanda do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério Público Federal. As informações disponibilizadas nesse Sistema são acompanhadas nacionalmente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério Público Federal, que é o órgão que pune os responsáveis pelas informações prestadas. No Rio Grande do Sul, em decorrência dessa decisão dos gestores do SUS, estão sendo estabelecidos mecanismos ágeis de participação da SES/RS nesse fluxo, garantindo assim maior consistência aos Relatórios de Gestão Municipal, que incorporaram esse sistema na formatação dos dados de execução financeira.

Para padronizar as informações prestadas pelo conjunto dos municípios, a Portaria da Secretária Estadual de Saúde nº 19/99, de 10 de novembro de 1999, define a forma de apresentação do Relatório de Gestão Municipal, após ampla discussão com os próprios municípios, através de sua representação junto à CIB/RS e ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RS).

Com o mesmo respaldo legal já apresentado, mais duas outras iniciativas do Governo do Estado do Rio Grande do Sul utilizaram-se da prerrogativa do repasse Fundo a Fundo e dos mecanismos de acompanhamento e controle já estabelecidos pelo SUS, como se viu até aqui. O Decreto do Senhor Governador do Estado nº 39.870, de 14 de dezembro de 1999, estabelece que serão transferidos do Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, com os mecanismos próprios para esse fim, os recursos financeiros para a Política de Saúde e Saneamento Básico (Prosan). Esse Decreto foi regulamentado pela Portaria nº 26/99, de 29 de dezembro de 1999, da Senhora Secretária de Estado da Saúde. Da mesma forma, os recursos financeiros alocados no orçamento da SES/RS para projetos da Consulta Popular de 1998 foram definidos como de transferência do Fundo Estadual para os Fundos Municipais, por meio do Decreto Estadual nº 39.871, de 14 de dezembro de 1999. A regulamentação desse Decreto deu-se pela Portaria SES/RS nº 25/99, de 30 de dezembro de 1999.

Como se viu, é inquestionável a regularidade legal dos instrumentos propostos para o funcionamento, para o acompanhamento, para a avaliação e para o controle do Sistema Único de Saúde. Esses mecanismos, produzidos

pelo movimento de reordenação do sistema público de saúde, principalmente a partir da década de 70, têm origem no movimento mais amplo de democratizar o Estado, não somente nos efeitos da política pública – no caso ampliar o acesso a ações e serviços de saúde – como também de democratizar o próprio funcionamento do Estado.

Embora ainda sejam, na prática, em grande medida estratégias inéditas no país, as iniciativas de implementação efetiva do SUS, desencadeadas no ano de 1999 pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, têm mecanismos de controle e avaliação amplamente definidos legalmente, tanto no âmbito federal quanto estadual.

As questões que ainda precisam ser resolvidas passam, assim, a ser questões do âmbito das resistências tecnoburocráticas, como bem descreveram vários estudos já desenvolvidos. Para resolvê-las, entretanto, é preciso considerar que a história de construção dos mecanismos de controle social sobre o Estado vem, há quase trinta anos, lapidando seus objetivos. Não é possível, sequer legítimo, subordinar o interesse público, assim manifesto, ao argumento da tradição administrativa dos controles e à impessoalidade da responsabilidade do poder público. Mais do que nunca é imperativo que se desenvolvam ações de qualificação dos profissionais envolvidos com essas resistências, como as demais, como uma estratégia de qualificação do próprio aparelho do Estado.

A insuficiência de efetividade (inefetividade) dos mecanismos burocráticos no controle administrativo do governo nos mostra que *transparência* e *controle social sobre o poder público* são os mecanismos que podem qualificar a gestão pública e que os mecanismos burocráticos já alcançaram o teto de sua eficácia.

El informe de gestión como instrumento de control social en el SUS, el caso del Rio Grande do Sul

Resumen: *Informes de gestión y control de las acciones y servicios de salud en la legislación nacional aparecen por primera vez en la Ley Federal nº 8.080/90 como propuesta de instrumento de supervisión de la gestión financiera de los recursos de la salud de cada una de las esferas, particularmente aquellos repasados por el Fondo Nacional de Salud a estados y municipios. La gestión del SUS en el Estado del Rio Grande do Sul, en 1999, ha optado por fortalecer esas posibilidades y facilitar las relaciones con los gestores municipales. Tomando como bases la legislación existente sobre Informes de Gestión y el Decreto Estadual que instituyó la Municipalización Solidaria de la Salud, se reglamenta la utilización de los propios instrumentos y flujos ya establecidos legalmente, incluso el Informe de Gestión Municipal, ratificándose que los repasos estaduales también son objeto de análisis del Sistema Estadual de Supervisión, Control, Evaluación y Auditoría. Eso ha significado que la regularidad de la utilización de los recursos del Estado del Rio Grande do Sul, repasados a los municipios, además de las instancias de control horizontal ya existentes, también será supervisionada por los componentes municipal, estadual y*

federal del Sistema Nacional de Auditoría y por los consejos municipales de salud y cámaras municipales. Los informes de gestión abiertos a la transparencia y al control social sobre el poder público son mecanismos que califican la gestión de la salud en el estado.

Palabras Clave: *Gestión en salud; Sistema Único de Saúde; Rio Grande do Sul; Control social; Financiamiento de la salud; Legislación sanitaria; Control y evaluación en salud .*

The report of administration as instrument of social control in SUS, the case of Rio Grande do Sul

Abstract: *Reports of management and control of health actions and services in the national law appear for the first time in the Federal Law no. 8.08/90 as a proposal of tool for guidance of the financial management of health resources of each of the fields, particularly those sent by the National Health Fund to the States and Towns. The management of SUS in the state of Rio Grande do Sul, in 1999, chose to empower those possibilities and facilitate the relationships with town managers. Having as basis the current law about Reports of Management and the State Decree that institutionalized the Local Sharing Health, it is regulated the use of those same tools and fluxes already established by law, including the Report of Town Management, confirming that also the state transferences of credit are object to analysis of the State System of Guidance, Control, Evaluation and Audition. This meant that the regularity of use of the resources of the state of Rio Grande do Sul, transferred to towns, besides the instances of horizontal control already existing, are also guided by the town, state and federal components of the National System of Audition and by the Town Health Councils and the Town Chambers. Management reports open to transparency and social control about the public power are mechanisms that qualificate the health management in the state.*

Key-words: *Health management; Sistema Único de Saude; Rio Grande do Sul; Social control; Health financing; Sanitary law.*

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-112.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em:<http://datasus.gov.br/cns>.

CÔRTES, Soraya M. V.. Fóruns participatórios na área da saúde: teorias de Estado, participantes e modalidades de participação. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 49/50, p. 73-79, dez.1995/mar.1996.

FERLA, Alcindo Antônio. **Saúde Pública e Conselhos de Saúde**: eqüidade em tensão permanente. Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Doutorado em Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999. 12 p.

FLEURY TEIXEIRA, Sônia. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: _____. **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 17-46. (Pensamento Social e saúde, 3).

FLEURY TEIXEIRA, Sônia; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: FLEURY TEIXEIRA, Sônia (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 193-232. (Pensamento Social e saúde, 3).

JAEGER, Maria Luiza et. al. Saúde de verdade e com qualidade: o desafio de transformar a legislação em prática cotidiana. In. MARQUES, J. **Luiz. Rio Grande do Sul**: Estado e cidadania. Porto Alegre: Palmarinca, 1999. p.39-49.

LEGISLAÇÃO FEDERAL E ESTADUAL DO SUS. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2000. 151 p.

LUCCHESI, Geraldo. Burocracia e política de saúde: arena ou ator? In: FLEURY TEIXEIRA, Sônia (Org.). **Reforma Sanitária**: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p 157-180. (Pensamento Social e saúde, 3).

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição (1989). **Constituição do Estado do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, RS: Assembléia Legislativa, 1989.

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nr. 39.870, de 14 dezembro de 1999. Dispõe sobre o repasse de recursos da política de saneamento básico – PROSAN – do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Porto Alegre, RS, 15 dez. 1999. Disponível em: <http://www.al.rs.gov/>

RIO GRANDE DO SUL. Decreto nr. 38.546, de 05 de junho de 1998. Institui e regulamenta o Sistema Estadual de Auditoria,, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Díário Oficial do Estado**, 08 jun. 1998. Disponível em<:http://www.al.rs.gov/.>.