

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Análise dos Julgamentos do Tribunal de
Contas dos Municípios do Estado do Ceará:
Um Olhar sobre a Prestação de Contas dos
Sistemas Municipais de Saúde.**

Leni Lúcia Leal Nobre

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública,
Doutorado Interinstitucional no
Ceará, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gastão
Junqueira de Castro**

**São Paulo
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ANÁLISE DOS JULGAMENTOS DO TRIBUNAL
DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO
DO CEARÁ:**

**Um Olhar sobre a Prestação de Contas dos
Sistemas Municipais de Saúde.**

Leni Lúcia Leal Nobre

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública.**

**Área de concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Cláudio Gastão
Junqueira de Castro**

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da tese.

AGRADECIMENTOS

Deus, inteligência suprema, causa primária de tudo;

Mamãe, no seu silêncio por quatro anos me ensinou o que muitas letras e discursos não conseguiram. Pela força propulsora para o ingresso no doutorado e inspiração para tantos outros desafios;

Meus filhos Fernanda, Renata e Felipe Nobre Moura por agirem como se fossem meus pais com exemplos de vida, carinho, entusiasmo e conselhos;

Fernando Mesquita Moura, por comprovar que o verdadeiro amor é incondicional;

Idealizadores do DINTER-CE e batalhadores para o seu desenvolvimento. Destaque especial a incansável dedicação dos Doutores Anamaria Cavalcanti e Silva e Eurivaldo Sampaio de Almeida;

Caroline Ferreira Martins Lessa, colega-dentista e amiga, por avisar sobre o processo seletivo e estimular minha participação;

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Helena Guedes Rafael, Elsie Sobreira Kubrusly, Nadia Maria Girão Saraiva de Almeida e Márcia Maria Tavares Machado pelo apoio e orientações na fase de elaboração do Projeto para seleção do doutorado;

Orientador Dr. Claudio Gastão Junqueira de Castro por ter assumido comigo o desafio de desvendar o tema que atemoriza os quase cinco mil e quinhentos gestores municipais da saúde e principalmente pela serenidade,

compromisso, ética, amizade, respeito, motivação, competências técnicas e humanas, essenciais para a construção da Tese;

Eurivaldo Sampaio de Almeida e Péricles Alves Nogueira-
Coordenadores do DINTER como representantes da FSP/USP, pela ética,
seriedade, honestidade e firmeza na seleção e condução do curso;

Jose Osmar Vasconcelos Filho e Neila Maria Lima Marques -
representantes da ESP/CE na coordenação e apoio administrativo, foram
verdadeiros anjos de luz, fontes de harmonia, saber e providências
fundamentais em todos os momentos do Curso;

Alberto Novais, Alice Pequeno, Amélia Maria, Ana Elizabeth, Ana
Matos, Ana Patrícia, Ana Valeska, Arnaldo, Dulce, Helena Carvalho, Gilson
Holanda, Jocileide, Marcelo, Maria Lúcia, Moacir, Regina Glauca, Regina
Portela, Rita Erotildes, Roberta e Selene por contribuírem com minha
evolução espiritual através do amor na grande maioria do tempo e causa de
dor em alguns momentos de convivência como colegas do doutorado;

Professores Doutores: José Alfredo Gomes Arêas, Délsio Natal,
Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre; Francisco José Maia Pinto e
Maria Salete Bessa Jorge (UECE), Jörg Heukelbach, Luiz Odorico M. de
Andrade (UFC), Maria Helena Prado de Mello Jorge, Fabíola Zioni, Eurivaldo
Sampaio de Almeida, Denise Pimentel Bergamaschi, Paulo Capel Narvai;
Paulo Antonio de Carvalho Fortes, Maria Cristina da Costa Marques,
Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre (Curso de Verão); Cássia
Maria Buchalla, Márcia Faria Westphal; Márcia Maria Tavares Machado
(ESP), Maria da Penha Costa Vasconcellos, Augusta Thereza de Alvarenga,

Chester Luiz Galvão César, Helena Ribeiro; Gilson Luiz Volpato (UNESP-Botucatu), Angela Belloni Cuenca, Daisy Pires Noronha e Oswaldo Yoshimi Tanaka, pela relevância dos conteúdos e capacidade de compartilharem saberes;

Anamaria Cavalcante e Silva, Mario Mamede, Raimundo Arruda Bastos e Haroldo Jorge de Carvalho Ponte- Superintendentes da ESP/CE, pelos esforços e compromissos na manutenção do DINTER/CE;

Maria do Carmo Medeiros, Margareth Sueli Peraçoli, Maria Aparecida do Nascimento Soares Alves, Maria Aparecida Mendes, Angela Maria Pereira S. de Andrade e Renilda Maria Figueiredo Shimono, pelo acolhimento gentil e fraterno na FSP/USP, escuta ativa, “cuidados”, apoio, respostas ágeis e providências;

Gilson de Cássia Marques Carvalho e Fernando Léfèvre por aceitarem o convite e contribuírem significativamente na qualificação do meu Projeto de Pesquisa;

Membros das Comissões de Ética em Pesquisa da FSP/USP e ESP/CE pela presteza e contribuições valiosas, em tempo hábil;

Luiz Sérgio Gadelha Vieira e Ernesto Sabóia de Figueiredo Júnior- Presidentes do TCM, por aceitarem e apoiarem a Pesquisa. Fernando, Juracy Muniz e Luiz Mário Vieira-Técnicos do TCM, pelas preciosas informações;

Francisco Elídio de Sousa Filho, estudante de Ciências Contábeis da UFC pela importante colaboração na coleta e análise dos dados durante a verificação das peças processuais;

Luiz Mário Vieira, da Coordenadoria de Assistência Técnica aos Municípios- estrutura do TCM, pela ajuda na consolidação dos dados;

Angela Cuenca, Maria Lúcia Faria Ferraz, Gilson Carvalho e Fabíola Zioni, pelas contribuições na redação de alguns textos;

Familiares Fernanda e Renata Nobre, Paulo Roberto Lacerda Leal e à gentil amiga Fernanda Beatriz Caricari pela revisão do resumo em inglês;

Contadores entrevistados, pelos ensinamentos, alto grau de motivação e clareza ao discorrerem sobre o assunto;

Gestores da Saúde, “vítimas” das desaprovações das contas, que nos depoimentos emocionados, concordaram comigo no desejo de justiça. Obrigada pelo apoio, motivação e por reconhecerem esta tese como importante ferramenta para modificar esta realidade;

Suely, ex-secretária de saúde, não entrevistada por não ter sido localizada, mas, contribuiu com informações, material científico e entusiasmo;

Minha prima Cleonice Lucena, pelo abrigo, transporte e companheirismo durante a minha permanência em São Paulo;

Ana Maria Caricari que além de me acolher em sua casa, fez a revisão ortográfica e de conteúdo deste trabalho;

Ilustres doutores da Pré-Banca, destaque muito especial às valiosas contribuições do Dr. Gilson Carvalho que por motivos alheios a sua vontade não participou da Banca Final.

Doutores: Maria Vaudelice Mota, Áquilas Nogueira Mendes, Fabíola Zioni e Paulo Antônio de Carvalho Fortes, membros da Banca de Argüição e

Defesa que estiveram sob a perfeita maestria do Doutor Claudio Gastão Junqueira de Castro, muito obrigada a todos pelos elogios e sugestões valiosas para o aprimoramento desta tese;

Felipe Nobre, Fátima e Azival, Cleonice, Guiomar e Josefa Eliene, Luís Alves e esposa, Fátima Mendes, Nilcéia, Marlene, Ana Maria Caricari, Cidinha e Renilda que assistiram a defesa da tese com olhares atentos e cheios de carinho;

Outras pessoas que por falha de memória não citei os nomes mas apoiaram a realização desse trabalho, minhas desculpas e agradecimentos.

“Até o sol nos céus transita sob leis...”.

Espírito Emmanuel

Nobre LLL Análise dos julgamentos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará: um olhar sobre a prestação de contas dos sistemas municipais de saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; DINTER; 2010.

Resumo

Introdução: O controle exercido pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará (TCM) gera freqüentes desaprovações das contas da gestão municipal da saúde, o que justifica esse trabalho. **Objetivos e Método:** Com o objetivo central de caracterizar as causas dessas desaprovações, foi realizada análise documental em 162 processos de Prestação de Contas e 32 de Tomada de Contas da gestão municipal da saúde, exercícios de 2001 a 2004, julgadas e desaprovadas em decisão definitiva pelo TCM. O conhecimento das bases legais da administração pública ajudou na compreensão dessa realidade. Após a identificação dos municípios e a freqüência das ocorrências em cada ano de exercício, uma amostra dos gestores da saúde e contadores dos municípios implicados foi entrevistada para o levantamento da opinião deles sobre as causas das desaprovações, objetivos específicos do estudo. **Resultados:** Do total de 184 municípios do estado do Ceará 107(58%) tiveram suas contas desaprovadas em um ou mais anos. As desaprovações são mais freqüentes nos municípios de pequeno porte (70,2%) e a reincidência é maior nos dois primeiros anos do mandato. As irregularidades relacionadas à licitação ocupam o primeiro lugar no ranking das causas apontadas pelo TCM, seguidas por outras relacionadas ao setor de contabilidade. Os dois grupos entrevistados apontam como causas o desconhecimento, excesso de atividades, sobrecarga do gestor da saúde e a falta de integração com os demais setores da administração. Os gestores citam ainda, a falta de autonomia e ingerência alheia no setor. Os contadores acrescentam a falta de planejamento e de controle interno pelo “pessoal da saúde” e consideram também, que as orientações do Procurador do município podem ser descritas como incabíveis. **Conclusões:** As desaprovações ocorrem pela

falta de integração, cooperação formativa e técnica entre as diversas instâncias administrativas e de controle. Os resultados do estudo somados à experiência profissional da autora geraram relevantes recomendações aos gestores.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Descentralização; Administração Municipal; Administração Financeira; Contabilidade; Prestação de Contas; Tribunal de Contas dos Municípios.

Nobre LLL Análise dos Julgamentos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará: Um olhar sobre a prestação de contas dos Sistemas Municipais de Saúde. Analisy of the judgement of (Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará-TCM): A look about Municipal Sistem of Health accounts.[Thesis]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da USP; DINTER; 2010.

Abstract

Introduction: This thesis is justified by the (Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará-TCM) control that is responsible for frequent disapprovals of the accounts from municipal management of health.

Aims and methods: To point out the reasons of these disapprovals, the documental analysis of 162 process about rendering of accounts and 32 about taking municipal management of health, years 2001 to 2004, judged and disapproved in final decision by TCM, were realized. The knowledge of the legal basis of the public management helped to understand this reality. After the cities and frequency identification of each year, a sample of health supervisors and accountants from the cities involved was interviewed in order to have a survey about their opinion about the reasons for disapprovals.

Results: From the total of 184 cities in Ceará state, 107(58%) had the accounts disapproved one or more years. The disapprovals are more frequent in small cities (70,2%) and the more recidivists occur in the first years of mandate. The irregularities related to bidding are in the first place on the rank of reasons pointed by TCM, followed by others related to accounting sector. According two groups interviewed, the reasons are: dissatisfaction, activities excessive, lots of activities to health supervisors and the lack of integration with other sectors of management. The supervisors mention the lack of autonomy and interference in the sector. The accountants mention the lack of planning and internal control by “people who work in health sector” and they consider that the Procurator’s orientations could be described as unreasonable.

Conclusions: The disapprovals occur by the lack of integration, formative and technique co-operation between the management and control instances. The study results added to the author's experience give relevant recommendations to supervisors.

Keywords: Unified Health System, Decentralization; Municipal Management; Financial Management; Accounting; (TCM).

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	21
1.1 ESTRUTURA DO TRABALHO	23
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	25
2.1 O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E A DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO SUS: DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE.	25
2.2 FINANCIAMENTO DO SUS	33
2.2.1 O Pacto pela Saúde e as Mudanças no Financiamento do SUS	38
2.2.2 Financiamento da Atenção Básica	39
2.2.3 Financiamento da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar	45
2.2.4 Financiamento da Vigilância em Saúde	48
2.2.5 Financiamento da Assistência Farmacêutica	51
2.2.6 Financiamento de apoio à Gestão	56
2.2.7 Financiamento para Investimento na Rede de Serviços de Saúde.	58
2.3 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO SUS	59
2.3.1 Planejamento Governamental	60
2.3.2 Planejamento, Alocação e Programação dos Recursos do SUS	64
2.3.3 Execução Orçamentária e Financeira dos Recursos do SUS	69
2.4 ASPECTOS LEGAIS DA FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA, ORÇAMENTÁRIA E PATRIMONIAL DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS	73
2.4.1 O Controle na Administração Pública	73
2.4.2 O Controle no Âmbito da Gestão Municipal da Saúde	77

2.4.3	A Lei de Responsabilidade Fiscal e os aspectos importantes para o Controle Interno da Gestão Municipal da Saúde	91
2.4.4	Destaques da Lei de Licitação, Contratos e Convênios para a Gestão da Saúde	95
2.5	O PROCESSO DE APRECIÇÃO E JULGAMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE PELO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ	110
2.5.1	Contas de Governo e Contas de Gestão	112
2.5.2	A Prestação de Contas da Gestão Municipal da Saúde	115
2.5.3	Tomada de Contas	119
2.5.4	Fluxo e decisões do Tribunal nos Processos de Tomada ou Prestação de Contas de Gestão	122
2.5.5	Julgamento e Recursos	125
3.	OBJETIVOS	129
3.1	GERAL	129
3.2	ESPECÍFICOS	129
4.	MÉTODOS	130
4.1	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS	137
4.2	ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS	138
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	140
5.1	PROCESSOS, OCORRÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS COM CONTAS DA GESTÃO DA SAÚDE DESAPROVADAS EM DECISÃO DEFINITIVA.	140
5.2	IRREGULARIDADES APONTADAS PELO TCM COMO CAUSAS DAS DESAPROVAÇÕES DAS CONTAS DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE	147
5.3	CAUSAS DAS DESAPROVAÇÕES DAS CONTAS NA VISÃO DOS GESTORES E CONTADORES	153
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
7.	RECOMENDAÇÕES	167

8. REFERÊNCIAS	170
ANEXOS	181
ANEXO 1 REQUERIMENTO AO TCM-CE	182
ANEXO 2 TCLE	183
ANEXO 3 ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS	185
ANEXO 4 CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS E DAS OCORRÊNCIAS POR ANO ESTUDADO	187
ANEXO 5 GRÁFICO	192
ANEXO 6 LISTA DAS IRREGULARIDADES APONTADAS PELO TCM E RESPECTIVAS FREQUÊNCIA	194

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Evolução da capacidade da gestão municipal da saúde, do financiamento federal e do modelo de gestão, da NOB 91 ao Pacto pela Saúde 2006.	32
QUADRO 2: Série histórica dos limites financeiros para MAC ambulatorial e hospitalar, valor per capita e o percentual de incremento do Estado do Ceará.	47
QUADRO 3: Comparativo do valor per capita para MAC ambulatorial e hospitalar do Estado do Ceará com as regiões do país e com o Brasil.	48
QUADRO 4: Valores relativos a compras e serviços por modalidade de licitação e o prazo limite para sua publicação.	110
QUADRO 5: Irregularidades relacionadas à licitação e contratos	149
QUADRO 6: Irregularidades relacionadas à contabilidade	150
QUADRO 7: Categorias de análise coincidentes nos dois grupos entrevistados gestores e assessores de contabilidade	154
QUADRO 8: Causas das desaprovações das contas na visão dos gestores	157
QUADRO 9: Causas das desaprovações das contas na visão dos contadores	159

ABREVIATURAS E SIGLAS UTILIZADAS

ACD –	Auxiliar de Consultório Dentário
ADCT –	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADM –	Atos de Admissão
AL –	Assembléia Legislativa
APAC –	Autorização para Pagamento de Alto Custo
ARMP –	Aviso de Recebimento em Mão Própria
ASB –	Auxiliar de Saúde Bucal
BDM –	Balancetes e Documentos Mensais
CAGECE –	Companhia de Água e Esgotos do Ceará
CAPES –	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CD –	Cirurgião Dentista
CE/89 –	Constituição do Estado do Ceará, ano 1989, última atualização em 07/01/2004
CF/88 –	Constituição Federal do Brasil, ano 1988
CGU –	Controladoria Geral da União
CIB –	Comissão Intergestores Bipartite
CIT –	Comissão intergestores Tripartite
CL –	Comissão de Licitação
CNPJ –	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNRAC –	Central Nacional de Regulação de Alto Custo
CNRM –	Comissão Nacional de Residência Médica
CNS –	Conselho Nacional de Saúde
COELCE –	Companhia de Eletrificação do Ceará
CONASEMS –	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS –	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CREA –	Conselho Regional de Economia Aplicada
D.O.E –	Diário Oficial do Estado
D.O.U –	Diário Oficial da União
DEN –	Denúncia
DINTER –	Doutorado Interinstitucional
EC –	Emenda Constitucional

ESB –	Equipe de Saúde Bucal
ESF –	Equipe de Saúde da Família
ESP –	Escola de Saúde Pública
FAEC –	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES –	Fundo Estadual de Saúde
FMS –	Fundo Municipal de Saúde
FNS –	Fundo Nacional de Saúde
FSP/USP–	Faculdade de Saúde Pública – Universidade de Saúde São Paulo
FUNDES –	Fundo Estadual de Saúde
GM –	Gabinete do Ministro
IAB-PI –	Incentivo de Atenção Básica para os Povos Indígenas
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH –	Índice de Desenvolvimento Humano
IN –	Instrução Normativa
INAMPS –	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRRF –	Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS –	Imposto Sobre Serviços
LDO –	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOTCM –	Lei Orgânica do TCM do Ceará. Lei Estadual n.12.160/93 de 04/08/1993 última alteração em 26/11/2004.
LOA –	Lei do Orçamento Anual
LOTCM –	Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios
LPD –	Laboratório de Prótese Dentária
LRF –	Lei de Responsabilidade Fiscal
MAC –	Média e Alta Complexidade
MP –	Ministério Público
MS –	Ministério da Saúde
MTO –	Manual Técnico Orçamentário
NAE –	Nota de Anulação de Empenho
NASF –	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE –	Nota de Empenho
NOAS –	Norma Operacional da Assistência

NOB –	Norma Operacional Básica
OSS –	Orçamento da Seguridade Social
PAB –	Piso de Atenção Básica
PABA –	Piso de Atenção Básica Ampliada
PACS –	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAS –	Programação Anual de Saúde
PBVS –	Piso Básico da Vigilância Sanitária
PC –	Prestação de Contas
PCG –	Prestação de Contas de Governo
PCS –	Prestação de Contas de Gestão
PDR –	Plano Diretor de Regionalização
PEC –	Proposta de Emenda Constitucional
PIB –	Produto Interno Bruto
PITS –	Programa de Incentivo à interiorização do Trabalhador de Saúde
PL –	Projeto de Lei
POA –	Programação Orçamentária Anual
PPA –	Plano Plurianual de Investimento
PPI –	Programação Pactuada e Integrada
PRO –	Processo-fim auxiliar de Provocação
PROSAUDE –	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PS –	Plano de Saúde
PSF –	Programa Saúde da Família
RAG –	Relatório Anual de Gestão
RCL –	Receita Corrente Líquida
REP –	Representação
RFB –	Receita Federal do Brasil
RGF –	Relatório de Gestão Fiscal
RI –	Regimento Interno
RREO –	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SGP –	Sistema de Gerenciamento de Processos do TCM
SIA –	Sistema de Informação Ambulatorial

SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH –	Sistema de Informação Hospitalar
SIM –	Sistema de Informações Municipais
SIOPS –	Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
SMS –	Secretaria Municipal da Saúde
SNA –	Sistema Nacional de Auditoria
STN –	Secretaria do Tesouro Nacional
SUS –	Sistema Único de Saúde
TAM –	Termo de Ajustes de Metas
TCE –	Tomada de Contas Especial
TCG –	Tomada de Contas de Governo
TCLE –	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM –	Tribunal de Contas dos Municípios
TCM-CE –	Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará
TCS –	Tomada de Contas de gestão
TCU –	Tribunal de Contas da União
TFVISA –	Teto Financeiro de Vigilância Sanitária
TFVS –	Teto financeiro de Vigilância em Saúde
THD –	Técnico em Higiene Dental
TSB –	Técnico em Saúde Bucal
UF –	Unidade Federativa
UG –	Unidade Gestora
VISA –	Vigilância Sanitária
VIVA –	Vigilância de Violências e Acidentes

1. INTRODUÇÃO

Os avanços no processo de descentralização dos sistemas de saúde e das transferências dos recursos financeiros para o setor exigem maior competência e capacidade gerencial no planejamento e controle das contas públicas por parte do gestor municipal da saúde.

Num sistema crescentemente descentralizado como o SUS, o gestor da saúde não pode ignorar a dimensão econômico-financeira e necessita ter um entendimento claro do funcionamento, características e implicações dessa dimensão.

A obrigatoriedade do uso dos recursos e da prestação de contas das despesas executadas em conformidade com os dispositivos legais constitui um dos pontos de maior dificuldade da gestão municipal do SUS.

Por sua vez, a fiscalização, apreciação e julgamento do Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará (TCM-CE) têm gerado elevada frequência de desaprovações das contas de gestão da saúde com imputação de débito ou multa, com improbidade administrativa.

Ora, como gestores diretos dos recursos do SUS e responsáveis pela produção de serviços eficazes, eficientes, de boa qualidade e em consonância com o disposto na legislação, os Secretários de Saúde, notadamente os municipais, necessitam cada vez mais de informações e conhecimentos que qualifiquem a ação gerencial.

Da mesma forma, os operadores do direito (Promotores Públicos, Juízes, e Advogados), os Auditores, os Assistentes Técnicos e Conselheiros

dos Tribunais de Contas devem conhecer a legislação do Sistema Único de Saúde-SUS bem como as dificuldades que os gestores da saúde enfrentam no cumprimento da Constituição, das leis infraconstitucionais próprias do SUS, além das leis específicas da administração pública.

A problemática ora exposta conduziu a autora aos seguintes questionamentos mobilizadores da investigação: quais as principais causas das desaprovações das contas da gestão municipal da saúde? Em que medida os administradores dos bens e valores municipais: Secretários de Saúde, de Finanças e Administração, Assessoria Contábil, Procuradores dos municípios e membros das Comissões de Licitação estão capacitados para o planejamento e execução orçamentário-financeira, análise e prestação das contas públicas da saúde em acordo com a legislação? Quais fatores podem contribuir para prevalecer o distanciamento entre os gestores da saúde e os demais setores da administração da Prefeitura: contabilidade, finanças, tesouraria, licitação?

Na tentativa de entender o processo de descentralização dos recursos, as responsabilidades da esfera municipal no planejamento e na gestão orçamentário-financeira, o processo de prestação de contas e os motivos que levam à sua desaprovação, foi realizado estudo da legislação e análise documental dos processos de desaprovações da Prestação e Tomada de Contas da Gestão da Municipal da Saúde, exercícios de 2001 a 2004, julgados em decisão definitiva pelo TCM-CE.

Na segunda fase exploratória foram realizadas entrevistas com gestores da saúde, contadores ou membros da assessoria contábil dos

municípios implicados para levantamento da opinião deles sobre as causas dessas desaprovações.

Os resultados esclarecedores, a carência de publicações e divulgação do assunto em tese, justificam o presente estudo.

1.1 ESTRUTURA DO TRABALHO

Este trabalho está organizado em capítulos da seguinte forma:

Na Introdução consta a problemática da pesquisa, a justificativa, os objetivos e a caracterização do trabalho.

O segundo capítulo, produto da revisão bibliográfica, do estudo da legislação e do acesso ao acervo documental do TCM-CE traz uma contextualização política e normativa do SUS, os aspectos legais e operacionais da administração pública, o controle e julgamento exercido pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará-TCM. Está composto de cinco seções e dezenove subseções.

As duas primeiras seções além da revisão histórica do processo de municipalização e descentralização dos recursos financeiros, da evolução da capacidade de gestão, das formas de financiamento e do modelo de atenção a partir das Normas Operacionais até a situação atual depois da edição do Pacto pela Saúde, informam os valores atuais para custeio repassados pela união para cada um dos componentes dos blocos de financiamento. São informações úteis para o público em geral, mas, sobretudo, para os operadores de direito e controladores das diversas instâncias de controle.

As seções seguintes sobre gestão orçamentária e financeira; planejamento governamental; controle na administração pública em geral; controle na gestão da saúde municipal; a Lei de Responsabilidade Fiscal; Lei das Licitações, Contratos e Convênios e o processo de prestação de contas, são temas da maior importância que merecem atenção especial da equipe gestora da saúde.

A última seção da contextualização é bem específica e discorre sobre o julgamento das contas da gestão da saúde pelo TCM-CE alertando de que maneira os gestores implicados podem recorrer em defesa própria.

Nos capítulos seguintes estão os objetivos do estudo, a descrição detalhada dos métodos que foram utilizados para alcançá-los e os resultados.

Nos anexos e na descrição dos resultados encontram-se o rol dos municípios que no momento da retirada do relatório do Sistema de Gerenciamento de Processos estavam com as contas julgadas e desaprovadas em decisão definitiva, o número e percentual das irregularidades apontadas pelo TCM e as causas das freqüentes desaprovações, na visão dos gestores e assessores de contabilidade implicados.

Nas considerações finais a autora faz seus comentários e, no intuito de evitar que as contas de gestão sejam desaprovadas e ainda, para que seja preservada a probidade dos gestores municipais da saúde, conclui com relevantes recomendações.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

2.1 O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO E A DESCENTRALIZAÇÃO ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA DO SUS: DAS NORMAS OPERACIONAIS AO PACTO PELA SAÚDE.

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 criou o conceito de Seguridade Social composto pela Saúde, Previdência e Assistência Social e, instituiu o Sistema Único de Saúde.

Depois de muitas marchas e contra marchas conseguiu-se aprovar as Leis Infra-Constitucionais nº. 8080 e 8142, ambas no ano de 1990. A primeira dá o ordenamento para o setor saúde no país, normatizando o Sistema Único de Saúde(SUS) com o estabelecimento de suas bases doutrinárias e princípios e, a segunda, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, criando os Fundos de Saúde.

Os esforços técnicos, políticos e econômicos despendidos foram na direção de municipalizar os serviços e principalmente, descentralizar a gestão do Sistema Municipal de Saúde.

Assim, destaca-se a Portaria do INAMPS de 1991 que institui a Norma Operacional Básica (NOB 91) que deu igualdade para os valores de pagamento dos procedimentos que eram feitos pelos “prestadores” de

serviços ao SUS (públicos e privados). Nesta época, o tratamento dado aos municípios era de “mero gerente”.

Continuando essa trajetória com foco na municipalização, em 1992, às vésperas do “impeachment” do Governo Collor, aconteceu a IX Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi “Municipalização é o Caminho”.

A edição da Norma Operacional Básica nº. 01/93 (NOB/93) concita mais responsabilidades e competências para o município, com outras prerrogativas na gestão dos serviços e sistemas de saúde e exigindo o cumprimento formal de pré-requisitos para a assunção das novas formas de gestão categorizadas como: incipiente, parcial e semiplena.

Nesse sentido, aqui vale ressaltar que, do ponto de vista legal, foi editado o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, da Presidência da República, que autorizava a transferência intergovernamental de recursos financeiros do Fundo Nacional para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, “O Decreto Fundo a Fundo” como foi denominado no âmbito do movimento da Reforma Sanitária.

Depois das Normas Operacionais 01/91, 01/92 e 01/93 foi o decreto supracitado que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Os repasses fundo a fundo para os estados e municípios, começaram a ser feitos.

Pode-se dizer que o processo da municipalização foi reforçado não só porque houve mais aporte de recursos para o Fundo Municipal de Saúde

(no caso das semiplenas), mas, pela forma regular e automática de repasse dos recursos financeiros para todos os municípios que aderiram a NOB/93.

Essa Norma Operacional criou três condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena as quais estados e municípios poderiam se habilitar de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma dessas condições.

No caso da gestão semiplena, a mais avançada, estava prevista a transferência regular e automática aos fundos de saúde de recursos federais na forma de tetos financeiros globais à partir da série histórica dos gastos, definidos nas Comissões Bipartites Estaduais.

A NOB SUS 01/93, portanto, radicalizou a relação direta entre a esfera federal e a municipal com o modelo de gestão semiplena, pois rompeu com a exigência do instrumento convenial para a transferência de recursos, como preconizado pelas NOB SUS 01/91 e 01/92 (LEVCOVITZ, 2001).

Assim, pode-se constatar realmente que, a cada ano, com o movimento de adesão municipal, o repasse do volume financeiro dos recursos federais para a gestão municipal foi gradativamente aumentando, exigindo mais competência e capacidades gerenciais para a sua execução e prestação de contas pelo gestor municipal da saúde.

Em atendimento ao disposto na Lei Orgânica da Saúde, foi criado o Sistema Nacional de Saúde-SNA pela Lei n°. 8689, de 27 de julho de 1993, posteriormente regulamentado pelo Decreto n°.1651, de 28 de setembro de 1995.

Ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA) compete a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde(SUS), realizada de forma descentralizada, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.

No contexto deste estudo e tendo como referência o processo de implantação ou implementação do SUS conduzido e coordenado pelo Ministério da Saúde, pode-se afirmar que a descentralização/municipalização da saúde teve início na década de 70 com vários Prefeitos em todo o país, assumindo os serviços de saúde.

A descentralização dos recursos financeiros tem início nos anos 80 à época dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde(SUDS) com a transferência de recursos do Ministério da Saúde para os municípios, correspondente ao desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e avança na década de 90 com o SUS.

A NOB/96 acelera e aperfeiçoa o processo da municipalização. Ela institui duas formas de gestão da saúde: a Plena da Atenção Básica e a Plena do Sistema Municipal e inova em termos dos critérios para o estabelecimento dos valores a serem repassados para os municípios, criando o chamado Piso da Atenção Básica - PAB, tendo como referência o tamanho da população, ou seja, um “per capita” e não mais o repasse por procedimentos realizados.

Foi instituído ainda com a NOB/96 o Piso Básico da Vigilância Sanitária-PBVS.

A modalidade de repasse fundo a fundo é mantida para o custeio da atenção básica pelo critério per capita e por adesão às estratégias Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF) e, para a média e alta complexidade, o repasse ocorria através de pagamento por prestação de serviços.

Na marcha pela consolidação do processo de descentralização do SUS as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS/2001 e 2002) apontam três estratégias articuladas: regionalização e organização da assistência, fortalecimento da capacidade de gestão e revisão dos critérios de habilitação de estados e municípios.

Em termos do aporte de recursos financeiros para os municípios, as NOAS também têm a sua importância. A NOAS/02 em especial, e as Portarias consecutivas, expandem as responsabilidades dos municípios na atenção básica instituindo o Piso de Atenção Básica Ampliada(PABA).

No ano 2006, após muitos debates dos gestores da saúde representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde –CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde- CONASEMS e pelo Ministério da Saúde, foi publicada a Portaria GM nº.399 de 22 de fevereiro de 2006 que estabelece as Diretrizes do Pacto pela Saúde 2006.

O documento contempla o Pacto a ser firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto vem substituir o processo de habilitação previsto na NOB - 96 e NOAS-2002 pela adesão solidária dos gestores.

Através dos Termos de Compromisso de cada esfera de gestão ficam definidas claramente as responsabilidades das três esferas de governo e a descentralização da prestação de serviços propriamente dita, por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população, na busca da equidade social.

O modelo de gestão é a Gestão Pública por Resultados onde os entes públicos apresentam de forma clara para a sociedade os indicadores e metas de resultados aprovados pelo Conselho de Saúde da esfera correspondente, o que implica em maior autonomia e responsabilidade por parte dos prestadores públicos de serviços de saúde, em especial dos gestores municipais da saúde.

Outras importantes premissas do Pacto são a valorização da cooperação técnica entre os gestores, o financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo, a integração dos recursos federais e a forma de transferência desses recursos antes em mais de “cem caixinhas”¹ e com o Pacto, ocorre em seis Blocos de Financiamento.

Estes blocos constituídos conforme as especificidades de suas ações e serviços de saúde pactuados, serão esclarecidos com mais detalhes na seção seguinte, inclusive com os valores atuais para cada um dos seus componentes.

¹ Contas bancárias que os gestores da saúde deveriam abrir como condição obrigatória para alocação dos recursos transferidos pela União e, só poderiam utilizá-los naquela ação ou serviço específico para a qual a conta foi destinada.

Os recursos federais que compõem cada um desses blocos são transferidos fundo a fundo em conta única e específica para cada bloco e, conforme a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, os recursos devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde, relacionados ao próprio bloco.

Em abril de 2009, a Portaria GM/MS nº.837 insere o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do SUS.

O Decreto nº 29.981/2009 do Governo do Estado do Ceará determina que os recursos do Tesouro do Estado alocados no Fundo Estadual de Saúde destinados à manutenção dos serviços de saúde e investimentos na rede sejam transferidos aos Fundos Municipais de Saúde independentemente de convênio ou instrumento congêneres e, segundo critérios, valores, parâmetros e indicadores de resultados pactuados na Comissão Intergestores Bipartite-CIB e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU).

Como se vê, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dispõem hoje de recursos financeiros muito superiores àqueles de que dispunham no passado. Por isso, a administração financeira no nível das SMS tornou-se bem mais complexa e não pode ser mais vista simplesmente como a preparação, acompanhamento e execução burocrática de um orçamento.

Pelo exposto, conclui-se que o processo de municipalização que vem avançando na descentralização político-administrativo-financeira dos

recursos e das ações de saúde impõe uma maior assunção de competências e responsabilidades, reforçando ainda mais a necessidade da capacitação dos gestores municipais.

O quadro seguinte resume a evolução do processo de implantação do SUS das Normas ao Pacto, a evolução da capacidade de gestão, as mudanças cumulativas no financiamento federal da saúde e o modelo de gestão correspondente.

QUADRO 1- Evolução da capacidade da gestão municipal da saúde, do financiamento federal e do modelo de gestão da NOB 91 ao Pacto pela Saúde 2006.

Norma	Capacidade da gestão municipal da saúde	Financiamento Federal	Modelo de Atenção
NOB/91	Municípios como “mero” prestadores do MS.	Pagamento por produção e direto ao prestador, aos Estados e Municípios	Tradicional ²
NOB/93	Gestão Incipiente Parcial ou Semi Plena.	Início da transferência direta aos fundos municipais, exceto para investimento que era por convênio PSF com recursos federais	Voltado para Atenção Básica com o PACS (1990)
NOB/96	Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal.	Transferência direta aos fundos municipais e estaduais, segundo tetos, critério per capita e por programas. Cria o Piso da Atenção Básica. Surgem	Ênfase na Atenção Básica com o PSF (1994)

² Entende-se como Tradicional o modelo hegemônico assistencialista - hospitalocêntrico.

		as “caixinhas” e o recurso “carimbado”	
NOAS/01 NOAS/02	Rever os critérios de habilitação nas formas de gestão.	Transferência direta aos fundos municipais e estaduais segundo tetos, critério per capita e referências intermunicipais. Institui o PABA	Atenção Básica com ênfase na vigilância à saúde dos indivíduos e da sua família.
PACTO/06	Compromissos compartilhados e gestão plena das responsabilidades assumidas.	Integração dos recursos federais e transferidos fundo a fundo através dos Blocos de Financiamento. Investimento na rede de serviços de saúde, antes por convênio Repasse fundo a fundo dos recursos como modalidade preferencial.	Compromissos Sanitários e Gestão por Resultados; Regionalização solidária e cooperativa; Colegiados de Gestão Regional.

2.2 FINANCIAMENTO do SUS

O financiamento do SUS através de fontes de recursos é condição fundamental para a implementação do sistema de saúde. Está assegurado na Constituição Federal de 1988 como da responsabilidade das três esferas de governo: União, Estados e Municípios.

A evolução histórica da vinculação constitucional de recursos para as ações e serviços públicos de saúde tem início com a determinação da citada constituição que coloca a saúde junto com a assistência social e a previdência no orçamento da Seguridade Social, nos três níveis.

Até a edição da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias em 1990, 30% do Orçamento da Seguridade Social-OSS seria destinado para as ações e serviços públicos de saúde (CF/88, art. 55, do ADCT).

A Lei nº 8080/90 dedica parte especial ao financiamento. Nela, alguns dispositivos vetados foram posteriormente re-introduzidos por meio da Lei nº 8.142/90.

Em 1992, observa-se uma situação alarmante de crise no financiamento da saúde provocada pelo aumento de despesas para a cobertura da universalização, pelos ajustes fiscais, o não comprometimento das fontes e a instabilidade nos percentuais do financiamento.

Com a continuação da crise no financiamento da saúde, em 1993, surge a Proposta de Emenda Constitucional “Definitiva”- PEC 169 que adiciona aos 30% do OSS mais 10% da receita de impostos da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

A Lei de Diretrizes Orçamentária de 1994 apresenta um grande impacto negativo no financiamento da saúde quando não prevê no orçamento do período a disposição dos 30% do OSS com gastos para o setor.

Entre 1993 e 1996 tramita a proposta de vinculação constitucional de receitas de destinação plena das contribuições sobre o faturamento e o lucro e o percentual do Produto Interno Bruto-PIB (5%). Trata-se da Proposta Aglutinativa - PEC 82-A. Outras propostas independentes surgiram mas, não tramitaram. A PEC-169 do Deputado Eduardo Jorge(PT-SP) com 30% do OSS e 10% dos recursos fiscais da União, Estados e Municípios, a do

Deputado Carlos Mosconi (PSDB-MG) com 100% dos recursos da COFIN e da CSSL, a do Deputado Pinotti(DEM-SP) com 5% do PIB por fim a proposta aglutinativa do Deputado Ursicino Queiroz (PFL-BA).

A construção de um consenso no âmbito da vinculação de recursos para a saúde só aconteceu no ano 2000 quando finalmente o Congresso aprovou a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), em agosto daquele ano, que vincula parte da receita de impostos próprios a serem transferidos para a área da Saúde.

Com isso, assegurou a participação orçamentária de Estados e Municípios no âmbito do SUS, estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que cada nível de governo é obrigado a aplicar em ações e serviços de saúde, além de prever a possibilidade de revisão dos percentuais por lei complementar, pelo menos a cada cinco anos, a contar da promulgação da Emenda.

Com a EC/29 fica estabelecida a vinculação constitucional de receitas para despesas com o setor saúde de modo que os Estados repassem 12% e os Municípios 15% da receita de impostos, das transferências constitucionais e legais e, para a união, o montante empenhado e mais a variação nominal do Produto Interno Bruto-PIB.

O período de 2000 a 2004 serviu de transição para aplicação das regras aos Estados e Municípios variando com o aumento gradual a partir do mínimo de 7% em 2000, até atingirem 12% e 15%, respectivamente, em 2004.

Desde o ano de 2003 encontra-se em discussão no poder legislativo o Projeto de Lei n.º.01/2003 que trata da regulamentação da Emenda Constitucional n. 29.

Para efeito da aplicação da referida Emenda, o Conselho Nacional de Saúde através das Resoluções n.ºs 316 e 322 cristaliza o que dispõe a CF e a LOS 8080 e reafirma o que são e o que não são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde.

O inciso III do artigo 35 da Constituição Federal afirma que a não aplicação mínima dos recursos nas Ações e Serviços Públicos de Saúde poderá acarretar intervenção do Estado no Município.

O cumprimento dos percentuais previstos pela EC/29 pode ser acompanhado através do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde-SIOPS, de alimentação obrigatória pelos Municípios e Estados e disponibilizado pela internet no site do Ministério da Saúde.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com as informações contábeis geradas e mantidas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios e a conformidade com a codificação de classificação de receitas e despesas definidas em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional-STN.

As informações prestadas são provenientes do setor responsável pela contabilidade do município, podendo-se utilizar para o preenchimento do SIOPS os dados contábeis ou as informações dos relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira do governo estadual e municipal.

Tais informações são inseridas no sistema e transmitidas eletronicamente, por meio da internet, para o banco de dados do DATASUS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações declaradas. Os dados informados são organizados e disponibilizados na página do SIOPS (<http://siops.datasus.gov.br>).

A Secretaria do Tesouro Nacional utiliza as informações do SIOPS para a verificação da aplicação dos limites constitucionais relativos à Saúde.

Para efeito dos cálculos das aplicações em Saúde devem ser consideradas as despesas empenhadas e liquidadas no exercício (art. 8º da IN 03/01 – Saúde).

As transferências de recursos para Estado e Municípios acontecem de três formas: 1) Constitucional, realizada por determinação da Constituição Federal; 2) Legal, prevista pelas Leis Orgânicas do SUS (8080 e 8142/90), no caso da saúde e 3) Voluntária, que são os repasses de recursos correntes viabilizados por meio de Emendas Parlamentares/Cooperação interfederativa, Convênios e Contratos.

Constitui-se exigência para o recebimento de transferências voluntárias (convênios), o cumprimento dos limites constitucionais relativos à Saúde - alínea b, inciso IV, § 1º, art. 25 da LRF.

É importante saber que o parecer prévio do Tribunal de Contas dos Municípios sobre as Contas de Governo do Município leva em consideração o cumprimento dos limites constitucionais em Saúde e o seu não cumprimento enseja desaprovação das Contas de Governo e não das Contas de Gestão da Saúde.

2.2.1 O Pacto pela Saúde e as Mudanças no Financiamento do SUS

O Pacto pela Saúde 2006 instituído pela Portaria GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006, traz mudanças significativas no financiamento e alocação dos recursos para aplicação nas ações e serviços públicos de saúde. Com ele, os mecanismos de monitoramento e controle das transferências federais foram redefinidos e regulamentados através da Portaria GM nº.204 de 29 de janeiro de 2007.

Por estas Portarias, os recursos federais passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento, movimentados em contas específicas e aplicados nas ações e serviços de saúde, relacionados ao respectivo bloco.

Aos blocos de financiamento citados na seção anterior: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS foi acrescido o bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde instituído através da Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

Estes blocos são constituídos por componentes conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados e estão sendo progressivamente implementados à medida que os municípios assinam os Termos de Compromisso da Gestão Municipal, o que já ocorre em grande parte dos municípios brasileiros.

Os recursos que compõem cada bloco de financiamento são 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.

A seguir serão detalhados cada um desses blocos e os valores atualmente repassados pela esfera federal para serem gastos com ações e serviços públicos específicos da saúde.

2.2.2 Financiamento da Atenção Básica

O bloco de financiamento com recursos federais destinados a atenção básica é constituído por dois componentes: Piso Básico Fixo- PAB Fixo e Piso Básico Variável-PAB Variável.

O Componente PAB Fixo refere-se ao financiamento de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde-FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Atualmente, o valor mínimo do PAB fixo é R\$ 18,00 (Dezoito Reais) habitante/ano com o cálculo referente à população total estimada pelo IBGE para o ano anterior. Mensalmente ocorre a transferência do Fundo Nacional de Saúde-FNS para o Fundo Municipal de Saúde-FMS do equivalente a 1/12 desse montante.

Destinado ao financiamento de estratégias no âmbito da atenção básica, o PAB Variável é constituído de recursos para a Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde-ACS e Saúde Bucal.

O PACS no Ceará, desde a sua implantação no final da década de 80, recebe recursos do tesouro do Estado para o seu custeio além dos recursos federais.

Compõe ainda o PAB Variável: o Incentivo de Compensação das Especificidades Regionais, o Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI, Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário e Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do Adolescente. Prevêem-se outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Os recursos do Componente PAB Variável são transferidos do FNS aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios mediante adesão e implementação das ações a que se destinam desde que, constantes no respectivo Plano de Saúde.

Os valores e modalidades dos incentivos financeiros para as ações estratégicas do componente PAB Variável estão definidos atualmente como:

1. Incentivo para a Estratégia Saúde da Família repassado mensalmente para cada Equipe Saúde da Família (ESF) completa, cadastrada e atuando nas condições requeridas pela Portaria n.º.648, de 28 de março de 2006. Existem duas modalidades deste incentivo:

- Tipo I com o valor atual de R\$ 9.600,00 mês/equipe. Os critérios para inserção nesta modalidade são: IDH igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes na Amazônia Legal e até 30 mil nas demais regiões;

municípios que integraram o PITS e não se integram na condição anterior; com população remanescente de quilombos de no mínimo 70 pessoas respeitada o número máximo de equipes por município ou residente em assentamentos e que não estão enquadrados nos itens acima.

- Tipo II, o valor é de R\$ 6.400,00 equipe/mês para ESF implantada em todo o território nacional, que não se enquadram nos critérios descritos acima.

Estes valores estão definidos pela Portaria GM/MS 2.489, de 21/10/2008.

2. Os incentivos para a Equipe de Saúde Bucal(ESB) estão definidos nas seguintes modalidades:

- Tipo I quando composta pelo Cirurgião Dentista-CD e a ACD atualmente denominada de Auxiliar de Saúde Bucal-ASB.
- Tipo II quando além dos profissionais da modalidade Tipo I trabalha o (a) Técnico(a) em Saúde Bucal-TSB ou THD como era a denominação anterior.

O valor financeiro do incentivo para a ESB depende ainda do porte populacional do município. Para aqueles com população menor que 30 mil habitantes o valor atual é de R\$ 3.000,00/ESB/mês se enquadrado na modalidade do Tipo I e, de R\$ 3.900,00/ESB/mês para as equipes reconhecidas como modalidade do Tipo II. Se o município tem população acima de 30 mil habitantes os valores são menores e estão atualmente em

R\$ 2.200,00 e R\$ 2.600,00 para os dois tipos de modalidades, respectivamente.

Para os municípios com populações residentes em assentamento ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes definido, serão acrescidos 50% no valor do incentivo das ESF e ESB.

A relação dos municípios por modalidades e os valores dos incentivos estão definidos nas Portarias GM n°.822, de 17/04/2006, Portaria n°.90, de 17/01/2008 e Portaria GM/MS n°.3.066, de 23/12/2008.

3. Quanto ao PAB Variável relativo aos ACS é repassado um valor equivalente ao salário mínimo vigente e mais encargos. Atualmente, para cada ACS é repassado no Bloco da Atenção Básica um valor mensal de R\$ 581,00 e, em parcela única um valor extra, calculado pelo número de ACS registrado no SIAB, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo. Este valor foi estabelecido através da Portaria GM/MS 1.234, de 19 /06/2008.

Outros incentivos são repassados para municípios que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica- CNRM ou para aqueles que recebam nas suas Unidades Básicas de Saúde alunos de curso de graduação incluídos no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde- PROSAÚDE.

4. Como incentivo de Compensação das Especificidades Regionais, o repasse tem por base os seguintes percentuais do

valor mínimo per capita do PAB fixo multiplicado pela população do Estado sendo 9% para as Unidades Federadas - UF com Índice de Desenvolvimento Humano - IDH até 0,700; 7% para as UF com IDH maior que 0,700 a 0,755 e, 5% para as UF com IDH maior que 0,755. A Comissão Intergestores Bipartite-CIB estadual periodicamente define a utilização desses recursos e seleciona os municípios a partir de critérios e especificidades regionais e/ou municipais podendo incluir sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados. Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da Comissão Intergestores Tripartite-CIT para que os recursos possam ser transferidos mediante ato normativo específico do Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS 1.624, de 10/07/2007 regulamenta a transferência e define os critérios do incentivo para Compensação das Especificidades Regionais.

Para o Estado do Ceará, a Portaria GM/MS nº 1.364, de 03/07/2008 fixa o valor anual de R\$ 11.093.064,75 para o PAB-fixo e relaciona o valor de cada município beneficiado. A Resolução da CIB-CE nº.177/2008 define os critérios de utilização desses recursos.

5. Os incentivos de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI estão fixados através da Portaria nºGM/MS 2.656, de 18/10/2008, nos seguintes valores:

Parte Fixa:

Municípios com população Indígena igual ou maior que 100 índios, R\$ 8.100,00 mensais.

Municípios com população Indígena menor do que 100 índios, R\$ 4.050,00 mensais.

Há um acréscimo no valor per capita regionalizado x população indígena de cada município, de acordo com a localização:

- Região da Amazônia Legal (R\$ 300,00);
- Nordeste, Mato Grosso do Sul, Goiás e Minas Gerais (R\$ 150,00)
- Região Sul e demais Estados da Região Sudeste e o Distrito Federal (R\$ 100,00).

6. Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário

Para os estabelecimentos prisionais com mais de 100 e até 500 pessoas presas o incentivo é de R\$ 5.400,00 mensais por equipe de saúde da família com carga horária de trabalho de 20h/semana. Para os estabelecimentos prisionais com 100 pessoas presas ou menos, R\$ 2.700,00 mensais por estabelecimento, para atenção prestada por técnicos da Secretaria Municipal de Saúde com dedicação de 4 horas semanais.

Com base na Portaria Interministerial MS/MJ nº 3.343, de 28/12/2006 que disciplina este incentivo, para o Ceará, com 4.241 pessoas presas e a necessidade de 15 equipes, o valor total do incentivo é de R\$ 907.200,00/ano.

Estes recursos podem ser transferidos ao Distrito Federal, aos Estados e aos Municípios, conforme pactuação na CIB de cada Estado.

7. Para o fortalecimento da Promoção da Saúde na atenção básica existe o incentivo financeiro para custear os Núcleos de Apoio ao Saúde da Família-NASF. Quando o Núcleo trabalha com cinco profissionais, é classificado na modalidade Tipo I e recebe um incentivo de custeio mensal de R\$ 20.000,00. Para o NASF do Tipo II, com três profissionais, o custeio mensal é de R\$ 6.000,00 (Portaria GM 154, de 24/01/2008).

Os demais incentivos componentes do PAB-Variável ainda não foram normatizados.

É importante observar que, antes, os recursos destinados às ações de assistência farmacêutica, vigilância sanitária e imunização faziam parte do componente PAB Variável. Agora, passam a integrar o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, descritos nas subseções adiante.

2.2.3 Financiamento da Média Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

O bloco para o financiamento da média complexidade ambulatorial e hospitalar-MAC é dividido em dois componentes: limite financeiro ou teto da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar-MAC dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal e o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação-FAEC.

O primeiro refere-se ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente para custeio das ações

de média e alta complexidade em saúde. São considerados incentivos permanentes os recursos financeiros para os Centros de Especialidades Odontológicas-CEO, Laboratório de Prótese Dentária-LPD, Serviço de Assistência Médica de Urgência-SAMU, Hospitais de Pequeno Porte-HPP, INTEGRASUS, Fundo de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa-FIDEPS, Incentivo de Apoio para População Indígena-IAPI e para os Centros de Referências de Saúde do Trabalhador-CEREST.

O componente FAEC refere-se aos procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação do Alto Custo-CNRAC; Transplantes e procedimentos vinculados; Ações Estratégicas Emergenciais de caráter temporário e Projetos de Cirurgias eletivas.

Os recursos federais deste Bloco serão transferidos do FNS aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme Programação Pactuada e Integrada-PPI, publicada em ato normativo específico.

Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade atualmente financiados pelo FAEC estão sendo gradativamente incorporados ao Componente Limite Financeiro MAC dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e devem ser publicados em portarias específicas, conforme cronograma e critérios a serem pactuados na CIT.

O quadro abaixo apresenta a série histórica dos limites financeiros do Estado do Ceará para MAC Ambulatorial e Hospitalar e o valor per capita

determinado por ele. Pelo exposto, observam-se as variações percentuais no seu incremento, ocorridas no período de 2003 a 2009.

QUADRO 2 - Série histórica dos limites financeiros para MAC ambulatorial e hospitalar, valor per capita e o percentual de incremento do Estado do Ceará.

ANO	LIMITE	VALOR PER CAPITA R\$	% INCREMENTO
2003	459.401.605	59,21	-
2004	485.606.047	60,88	2,8
2005	520.361.232	64,26	5,5
2006	545.286.489	66,36	3,3
2007	801.525.786	97,55	47,0
2008	965.852.017	127,80	31,0
2009	...	*127,00	...

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ano 2008

* Valor utilizado para a Programação

Observa-se um aumento no valor per capita à partir do ano de 2007. Este aumento torna-se insignificante se a ele for aplicado a correção advinda com a deflação. Ademais, um per capita de R\$ 127,00 é insuficiente para o atendimento da demanda acumulada e a que vem se somando neste nível de assistência.

O próximo quadro foi elaborado tendo como base o limite financeiro da MAC ambulatorial e hospitalar para o ano de 2008 e compara o valor per capita do Estado do Ceará ao das regiões brasileiras e ao valor médio do per capita do Brasil, para a mesma finalidade.

Verifica-se uma variação a maior do Estado do Ceará comparado ao do Nordeste (pouca diferença) e ao da Região Norte. Porém, muito abaixo do valor das demais Regiões e do valor médio do per capita do Brasil.

QUADRO 3: Comparativo do valor per capita para MAC ambulatorial e hospitalar do Estado do Ceará com as regiões do país e com o Brasil.

Região	Valor per capita R\$	% em relação ao per capita Ceará
Norte	110,44	86,4
Nordeste	125,51	98,2
Sudeste	139,71	109,31
Sul	151,25	118,35
Centro Oeste	134,89	105,54
Brasil	134,77	105,45
Ceará	127,80	...

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, ano 2007

2.2.4 Financiamento da Vigilância em Saúde

O financiamento referente ao bloco da Vigilância em Saúde está definido nas Portarias GM: nº 1.172/GM, de 15 de junho de 2004; 2.529/GM, de 23 de novembro de 2004 e, nas Portarias GM nº 607, 2606 e 2.608 de 28 de dezembro de 2005.

Este bloco é constituído por dois componentes: I- Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde; e II - Vigilância Sanitária.

Os recursos de um componente podem ser utilizados em ações do outro componente em conformidade com a PPI e a orientação do respectivo Plano de Saúde.

O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde se refere aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS.

Integram atualmente este componente os seguintes incentivos: Subsistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar; Laboratórios de Saúde Pública; Atividade de Promoção à Saúde; Registro de Câncer de Base Populacional; Serviço de Verificação de Óbito; Campanhas de Vacinação; Monitoramento de Resistência a Inseticidas para o *Aedes aegypti*; Contratação dos Agentes de Campo; DST/AIDS.

Os recursos federais destinados a contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados neste componente, na medida em que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

Ainda como parte do componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde existem os recursos federais provenientes de acordos internacionais destinados ao VIGISUS II e ao Programa DST/AIDS.

Os recursos destinados as ações de apoio laboratorial anteriormente alocados na Vigilância Sanitária integram atualmente este componente.

Os valores atuais estabelecidos através das Portarias GM/MS 1.172, de 15/06/2004 e 1.315 de 5/06/2007 para o sub-bloco de Vigilância

Epidemiológica e Ambiental em Saúde destinados ao Estado do Ceará e aos seus municípios são:

- Valor per capita do Estado= R\$ 3,02;
- Municípios do Interior = 60% do valor per capita (R\$ 1,81);
- Municípios da Área Metropolitana= 80% do valor per capita (R\$ 2,42);
- Capital= 90% do valor per capita (R\$ 2,72) e mais os incentivos às ações de Vigilância à Saúde que correspondem a R\$0,48 habitante/ano.

Ao Estado do Ceará são integrados ainda os seguintes incentivos a este sub-bloco:

- Incentivo para Vigilância de Violências e Acidentes-VIVA existentes nos Serviços Sentinelas, com o valor para a capital do Estado de R\$ 21.129,00 em parcela única (Portaria GM/MS 1.384, de 12/06/2007);
- O valor de R\$ 108.617,00 em parcelas mensais como incentivo para o Laboratório de Saúde Pública. Valor estabelecido através da Portaria GM/MS 3.086, de 3/12/2007 e o valor anual de R\$ 720.000,00 também para o Laboratório de Saúde Pública. Esse valor foi estabelecido através da Portaria GM/MS 3.202, de 18/12/2007.

O segundo componente ou sub-bloco da Vigilância em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância Sanitária por

meio do Teto Financeiro de Vigilância Sanitária-TFVISA regulamentado em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde, para os Estados.

O componente Vigilância Sanitária divide-se em dois sub-blocos: Piso de Ações Básicas em Vigilância Sanitária- PAB VISA cujos recursos serão transferidos aos Municípios na forma da legislação e o Termo de Ajustes de Metas-TAM cujos recursos serão transferidos para o financiamento de ações de vigilância sanitária dos Estados e Municípios na forma pactuada e disposta em legislação específica.

Atualmente estão destinados os seguintes incentivos para o Estado do Ceará e seus municípios, referentes ao sub-bloco Vigilância Sanitária:

- Para o Estado, um Piso Estratégico de R\$0,21 per capita totalizando R\$ 1.700.427,96 e mais o valor correspondente a Taxa de Fiscalização de R\$ 322.826,74.
- Municípios: Piso Estruturante de R\$ 0,36 per capita; Piso Municipal de VISA R\$ 7.200,00 e Piso Estratégico de R\$ 0,20 per capita.

Estes valores foram estabelecidos por meio da Portaria GM/MS 133, de 21/01/2008.

2.2.5 Financiamento da Assistência Farmacêutica

A assistência farmacêutica tem grande importância e merece atenção especial da equipe gestora pois o custo com medicamento é hoje

um dos principais gastos no Estado do Ceará, no setor saúde, além de ser alvo de rigoroso controle pelas diversas instituições, em todos os níveis.

O bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica está atualmente constituído pelos seguintes componentes:

- I. Componente Básico;
- II. Componente Estratégico e,
- III. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Segundo a Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, a movimentação dos recursos do Bloco da Assistência Farmacêutica deve ser rigorosamente através de contas específicas para cada um dos seus três componentes e, os recursos devem aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para aquele componente.

O Componente Básico destina-se a aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica. É composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

A Parte Financeira Fixa consiste em um valor per capita destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas CIB.

Cita a referida Portaria que, os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e a normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 2.982, de 26/11/09, os gestores dos Estados e Municípios podem utilizar até 15% dos seus recursos de contrapartida nas ações de estruturação e qualificação da assistência farmacêutica relacionada à atenção básica.

Para o Estado do Ceará, no ano em curso, a parte fixa do componente básico da assistência farmacêutica está definida nos seguintes valores per capita: R\$ 5,10 para a União, R\$1,86 para o Estado e o mesmo valor para os municípios.

A Resolução nº.23/2010 da CIB/CE decidiu que, do valor da contrapartida per capita municipal, 85% (oitenta e cinco por cento), que equivale a R\$ 1,58 (um real e cinquenta e oito centavos) por habitante/ano, serão destinados à aquisição de medicamentos e 15% (quinze por cento) que correspondem a R\$ 0,28 (vinte e oito centavos) por habitante/ano permanecerão no Fundo Municipal de Saúde para financiamento das atividades permitidas pela Portaria GM/MS 2.982, supracitada.

No Ceará, a compra dos medicamentos da atenção básica acontece de forma centralizada mediante um pacto de adesão voluntária dos municípios. Neste modelo, os recursos de contrapartida da União, do Estado e dos municípios são depositados mensalmente em uma conta específica do

Estado e este faz a compra e repassa os medicamentos trimestralmente aos municípios que aderiram ao referido Pacto (PPI da Assistência Farmacêutica).

Atualmente, dos 184 municípios do Ceará apenas Fortaleza e outros quatro municípios não aderiram a este modelo que apesar de alguns problemas de ordem logística tem promovido reconhecida economia de escala, ampliando o acesso da população aos medicamentos básicos e até mesmos alguns itens do elenco especializado.

Vale lembrar que além dos medicamentos garantidos na PPI existe a demanda de outros itens não contemplados. Esta demanda acarreta um custo elevado para as Secretarias Municipais da Saúde e é responsável pela maioria dos mandatos judiciais que obrigam o gestor a fazer a sua compra. Nestes casos a modalidade de licitação do tipo pregão está sendo utilizada preferencialmente.

A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita repassados pela União, destinados à aquisição de medicamentos e insumos dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. Esses valores são transferidos ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos programas específicos.

A quantia repassada pela União (R\$ 5,10 per capita), corresponde a R\$ 0,68 para Hipertensão, Diabetes, Asma e Rinite; R\$ 0,30 para Saúde da

Mulher e o restante, é a parte da União no co-financiamento do componente básico da assistência farmacêutica, com a exigência de que Municípios e Estados participem com R\$ 0,30 per capita.

O medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes de controle na atenção básica, continua com a compra centralizada no Ministério da Saúde.

O componente Estratégico consiste no financiamento das ações dos programas estratégicos de controle das Endemias, Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional. Inclui ainda os anti-retrovirais do programa DST/AIDS; Sangue e Hemoderivados; Imunobiológicos e Insulina.

Destaca-se que o financiamento e aquisição desses medicamentos, produtos e insumos estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde.

O componente Especializado da Assistência Farmacêutica, aprovado pela Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009 veio em substituição ao componente dos medicamentos de Dispensação Excepcional definido anteriormente pela Portaria 204/07.

A Portaria 2.981/09 e a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite dia 24 de setembro de 2009 aprovam o componente Especializado da Assistência Farmacêutica como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estratégia de acesso a medicamentos na busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial desde que, as linhas de cuidado estejam definidas em

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde.

O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme as diferentes responsabilidades definidas e a lista dos medicamentos correspondente.

A Portaria da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, nº 968/2009, dispõe sobre a normatização da distribuição e dispensação dos medicamentos que fazem parte desse componente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – Ceará e, fixa critérios para o cadastramento de unidades dispensadoras de medicamentos especializados.

2.2.6 Financiamento de apoio à Gestão

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, acesso da população e aplicação dos recursos financeiros do SUS.

O bloco de Gestão é composto pelos seguintes sub-blocos: Regulação, controle, avaliação e auditoria; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde e Incentivo à Implementação de Políticas Específicas.

Os recursos referentes a este Bloco são transferidos fundo a fundo e regulamentados por portaria específica.

Os incentivos para implantação de programas estratégicos são parte deste Bloco e correspondem atualmente aos seguintes valores: para implantação de uma nova equipe Saúde da Família- ESF, R\$ 20.000,00 e, para cada ESB implantada R\$ 7.000,00 repassados em parcela única.

Estes valores foram estabelecidos através da Portaria GM/MS nº650, de 28/03/2006 e devem ser utilizados para investimento nas unidades básicas e, para o curso introdutório dos novos profissionais.

A Portaria nº.204/GM de 29/01/2007 reafirma resoluções anteriores e determina que, fica vedada a utilização dos recursos financeiros dos cinco Blocos para pagamento de:

- I - servidores inativos;
- II - servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III - gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços relativos ao respectivo bloco, previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV - pagamento de assessorias/consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio município ou do estado; e

V - obras de construções novas, exceto as que se referem a reformas e adequações de imóveis já existentes, utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

2.2.7 Financiamento para Investimento na Rede de Serviços de Saúde.

A Portaria GM nº 837 de 23 de abril de 2009 altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, criando o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde e determina que os recursos desse Bloco sejam exclusivamente para despesas de capital.

É vedada a aplicação dos recursos disponibilizados por meio deste Bloco em investimentos em órgãos e unidades voltados exclusivamente à realização de atividades administrativas.

O Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde é composto por recursos financeiros que serão transferidos mediante apresentação de Projeto encaminhado ao Ministério da Saúde-MS em conformidade com o Sistema de Proposta de Projetos que se posiciona quanto a aprovação da proposta.

Cada projeto aprovado terá a sua formalização efetivada mediante edição de portaria ministerial específica, na qual deverá estar definido o valor, o período de execução e o cronograma de desembolso dos recursos financeiros a serem transferidos automaticamente aos Estados, ao DF e aos Municípios, bem como o valor correspondente a contrapartida a ser executada, se for o caso.

As informações do projeto e da execução do Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde devem compor o Relatório de Gestão.

Os recursos financeiros de investimentos devem ser alocados com vistas a superação das desigualdades de acesso e a garantia da integralidade da atenção à saúde e, deverão priorizar a recuperação, a readequação e a expansão da rede física de saúde e a constituição dos espaços de regulação.

Os projetos de investimento apresentados para o MS deverão ser aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde e na CIB, devendo refletir uma prioridade regional.

São eixos prioritários para aplicação de recursos de investimentos o Estímulo à Regionalização e os Investimentos para a Atenção Básica.

2.3 GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO SUS

O gestor local da saúde deve conhecer e compreender os elementos essenciais no processo da gestão dos recursos financeiros: o financiamento propriamente dito, ou seja, a origem dos recursos financeiros necessários a produção dos serviços, a alocação ou distribuição desses recursos, o planejamento orçamentário ou orçamento, a execução financeira e a prestação de contas.

Como o financiamento do SUS já foi tratado nas seções anteriores, as subseções seguintes discorrerão sobre os outros elementos da gestão orçamentária e financeira dos recursos públicos.

As ações e serviços de Saúde devem ser realizados mediante planejamento que subsidia a execução orçamentária e financeira.

Para tal, é necessário que o gestor da saúde e a equipe responsável pela gerência dos serviços e ações compreendam o Planejamento Governamental e participem da sua elaboração.

Importante ainda que, a elaboração dos instrumentos próprios da gestão da saúde: Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Termo de Compromisso de Gestão, PPI da Assistência e Relatório Anual de Gestão, mantenham coerência com os instrumentos do planejamento governamental detalhados a seguir.

2.3.1 Planejamento Governamental

A Constituição Federal de 1988 associa planejamento a orçamento e estabelece como instrumentos do processo de planejamento governamental o Plano Plurianual-PPA, a Lei de Diretrizes Orçamentárias-LDO e a Lei Orçamentária Anual-LOA ou Orçamento Programa. Todos de iniciativa do Poder Executivo (CF/88, art. 165 a 169).

O PPA é um instrumento elaborado no primeiro ano do exercício para os quatro anos do mandato. Portanto, terá vigência para os três últimos anos de mandato do governo que o elaborou e para o primeiro ano do próximo governo.

De amplo alcance, estabelece as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas

decorrentes bem como, as despesas relativas aos programas de ação continuada. Constitui a síntese do planejamento e serve de orientação aos demais planos, aos programas de governo além de orientar o orçamento anual.

O orçamento de cada Secretaria e demais setores governamentais deve ser elaborado de forma ascendente, com a participação dos gerentes das principais atividades e, deveriam servir de guia para a elaboração do PPA e dos respectivos orçamentos.

O Plano Municipal de Saúde antes de ser concluído e aprovado pelo respectivo Conselho é encaminhado para o setor de contabilidade para fazer a classificação orçamentária e outros ajustes, sob sua responsabilidade.

O chefe do poder executivo encaminha a proposta orçamentária total do município na forma de PPA para apreciação do Poder Legislativo local até quatro meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro que será sancionado até o encerramento da sessão legislativa, (Art. 35 §2º, Inciso I do ADCT da Constituição Federal).

A Lei de Diretrizes Orçamentária -LDO é encaminhada no mês de abril para o Legislativo e volta ao Executivo no recesso de julho. A Lei do Orçamento Anual-LOA sai do Executivo até 30 de setembro para a Câmara que tem três meses ou seja, até o final de sessão legislativa para ser aprovada e retornar para a sanção do Prefeito.

O Projeto de Lei Orçamentária Anual - POA é elaborado também pelo Poder Executivo. Nele, são estabelecidos os programas e atividades para o ano seguinte, a respectiva alocação de recursos, a estimativa das

receitas e a fixação das despesas. Deve ser enviado ao legislativo até 15 de abril e devolvido para sanção até 30 de junho na forma de Lei.

A Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO é o instrumento intermediário entre o PPA e a LOA. A LDO subsidia a Lei do Orçamento Anual – LOA que, como um plano de trabalho, expressa o conjunto de ações a serem realizadas e a indicação dos recursos correspondentes para a sua execução.

Com base na previsão da arrecadação a LDO estabelece as metas, as prioridades de gastos, as normas e os parâmetros que vão orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual-LOA para o exercício seguinte. É anual e o prazo de entrega é de 15 a 30 de abril.

O orçamento público dos governos das três esferas, portanto, compreende a previsão de todas as receitas e a fixação de todos os gastos ou despesas. A sua elaboração é obrigatória e tem periodicidade anual sendo os prazos estabelecidos pelas leis locais. Comumente o orçamento da esfera federal tem o prazo de entrega até de 31 de agosto e Estados e Municípios até final de 30 de setembro.

Cabe ao gestor da saúde acompanhar constantemente a execução do orçamento sob sua responsabilidade e monitorar a participação do mesmo no orçamento geral da Prefeitura.

Da mesma forma, é necessária a sua avaliação para o acompanhamento dos resultados pretendidos bem como do processo utilizado para alcançá-los. Esta etapa visa aferir até que ponto as estratégias adotadas e as ações desenvolvidas estão coerentes com o Plano de Saúde,

os Termos de Compromisso e os Pactos assumidos e, sobretudo, se atendem as demandas da sociedade.

A comprovação da aplicação dos recursos transferidos diretamente do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde é feita mediante o Relatório Anual de Gestão aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

O Relatório Anual de Gestão - RAG estabelece correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos e destina-se à comprovação da aplicação dos recursos transferidos pela União aos Estados e Municípios, consoante ao disposto no Decreto nº 1.651, de 28/09/1995 e na Portaria nº 3.332, de 28/12/2006.

De elaboração anual e aprovação obrigatória pelo Conselho Municipal de Saúde e CIB Microrregional o RAG deve ser elaborado em conformidade com o Plano Municipal de Saúde e com a Programação Anual de Saúde.

Os componentes essenciais do RAG são: o resultado da apuração dos indicadores, a comprovação dos resultados alcançados quanto à execução do plano de saúde; a análise da execução da programação física, orçamentária e financeira de projetos, de planos e de atividades; a demonstração do quantitativo de recursos financeiros próprios aplicados no setor saúde, bem como das transferências recebidas de outras instâncias do SUS e documentos adicionais avaliados pelos órgãos colegiados de deliberação própria do SUS.

Deve conter ainda, recomendações de revisão de indicadores, metas e reprogramação. Nesse sentido, o Relatório de Gestão tem também

uma dimensão analítica. Depois de aprovado, deve ser encaminhado ao Tribunal de Contas dos Municípios.

Com o objetivo de coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, o Ministério da Saúde instituiu através da Portaria nº. 3.085, de 01/12/2006, o Sistema de Planejamento do SUS - PlanejaSUS de atuação contínua, articulada, integrada e solidária das três esferas de gestão.

Este Sistema orienta sobre a inter-relação que deve existir entre os instrumentos do planejamento governamental LDO, PPA e LOA e os instrumentos próprios do PlanejaSUS ou seja, o Plano de Saúde-PS, as respectivas Programações Anuais de Saúde-PAS e o Relatório Anual de Gestão-RAG.

A Portaria nº. 376, de 16/02/2007 institui incentivo financeiro para a o PlanejaSus. Através do sítio eletrônico: www.saude.gov.br/planejusus podem ser obtidas informações detalhadas sobre a elaboração dos instrumentos de planejamento, e ainda o acesso aos seis cadernos do Sistema.

2.3.2 Planejamento, Alocação e Programação dos Recursos do SUS

A seção anterior apresentou os instrumentos do planejamento governamental e aqueles próprios da gestão da saúde os quais, devem manter relação entre si.

Na fase de elaboração do planejamento e dos seus respectivos instrumentos devem ser considerados o montante dos recursos destinados

para os gastos com ações e serviços específicos da saúde, a alocação desses recursos e a normas para a execução orçamentária e financeira, assuntos explorados a seguir.

A alocação de recursos diz respeito às decisões quanto à utilização, ou seja, o destino dos recursos para investimento e a aquisição dos insumos necessários à prestação de serviços.

A obrigatoriedade de aplicação dos recursos das três esferas de governo em ações e serviços de saúde por meio de Fundos de Saúde acompanhados e fiscalizados pelos Conselhos de Saúde, representa um avanço na democratização do SUS, intensificando o exercício da cidadania.

A Lei nº. 8.080/90 no seu artigo 35 estabelece que os 50% do repasse do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde devem ocorrer segundo critérios populacionais e os outros 50% por critérios epidemiológicos, demográficos e capacidade instalada estabelecendo assim, as bases para a parte fixa e a parte variável do financiamento.

A Emenda Constitucional nº.29 corrobora com as disposições contidas na lei que regulamenta o SUS (8080/90) e produz poucas alterações na Lei Federal nº 4320/64 que trata dos fundos especiais. Essa fundamentação determina que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial. Não somente os repassados pela União e Estado, mas, de igual modo, os recursos que se apartam da receita resultante de impostos.

O Fundo de Saúde portanto, é uma conta bancária especial para onde devem ser canalizados todos os recursos financeiros destinados à saúde, qualquer que seja a sua origem. Representando assim, o principal instrumento de alocação e gestão dos recursos financeiros do SUS.

Pela importância vital na Administração Pública, o Fundo de Saúde necessita de dotação própria e autonomia financeira o que lhe atribui o caráter de Unidade Orçamentária e, em tese, deveria ser considerado de fato, como Unidade Gestora do Orçamento.

A Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil IN RFB nº 748 de 28/06/2007 e mais recentemente a IN RFB nº 1005 de 08/02/2010, consideram unidade gestora de orçamento aquela autorizada a executar parcela do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

De um modo geral, esses fundos têm os seguintes pressupostos: são instituídos através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder Executivo e depende de autorização do Legislativo; suas receitas são especificadas na sua lei de criação; autonomia financeira; dispõe de orçamento próprio denominado Plano de Aplicação; vinculam-se a atividades públicas previstas no Plano de Saúde e contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

A Lei Federal nº 4.320/64 - das Finanças e Contabilidade Pública afirma no artigo 74 que: A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de

qualquer modo, elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

Sobre o processo de planejamento e programação do orçamento do SUS, citado anteriormente, alguns princípios devem ser seguidos: deve ser ascendente, atender as ações próprias do setor saúde e suas demandas serem compatibilizadas com a disponibilidade dos recursos, ou seja, com o orçamento. Essas conclusões devem estar nitidamente expressas no Plano de Saúde e aprovadas pelos órgãos deliberativos correspondentes.

A alocação e execução orçamentária dos recursos do SUS, em termos gerais, devem tomar como referências fundamentais o Plano Municipal de Saúde e a Programação Pactuada e Integrada-PPI.

A PPI é um processo instituído pelo SUS para a reorganização do modelo de atenção, para alocação dos recursos e para a explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas de governo. Ela estabelece as responsabilidades e competências para os gestores do Estado e dos Municípios na oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e de internação (PPI da Assistência) e, de algumas ações de vigilância sanitária e controle de doenças, no âmbito de uma região de saúde.

A PPI da Assistência traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta local, quer pelo encaminhamento a outros municípios, sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual.

Tem por objetivos organizar as redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, dar transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros criados e pactuados, os limites financeiros destinados a assistência da população própria e da população referenciada de outros municípios.

Assim, é pertinente mencionar que o município de pequeno porte assume a responsabilidade pela suficiência na atenção básica e pela prestação de alguns serviços de média complexidade do primeiro nível como, por exemplo: obstetrícia com parto normal, internação 24 h, alguns serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e serviço de fisioterapia.

Os demais serviços são referenciados dentro da microrregião e macro-região através da PPI e viabilizados pela central de regulação, pois, demandam maior complexidade tecnológica.

A PPI é portanto, uma etapa do planejamento em saúde onde se concretizam diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento. É constituída de três etapas:

Primeiramente o gestor estadual e os gestores municipais devem estabelecer a alocação dos recursos e os parâmetros assistenciais médios a serem adotados em consonância com os Planos de Saúde, o PPA o Pacto da Atenção Básica e o Plano Diretor de Regionalização.

Nesta etapa, os municípios devem adequar os parâmetros estabelecidos às especificidades locais e portanto, promoverem a pactuação das referências intermunicipais. Como resultado desta etapa deverá ser definido os tetos municipais e a formalização dos pactos.

Na segunda etapa, a Secretaria de Saúde do Estado compatibiliza as programações municipais, consolida o teto estadual e publica em diário oficial os limites financeiros assistenciais estabelecidos (BRASIL, 2009, p.271).

A portaria n.º 1101/GM e a deliberação nº08 de 04 de abril de 2002 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecem os parâmetros de cobertura assistencial.

Os referidos parâmetros representam recomendações técnicas, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS das três esferas de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com as realidades epidemiológicas e financeiras.

A principal dificuldade no cumprimento do pactuado na PPI é a insuficiência de novos recursos financeiros.

A alocação de recursos correspondentes as referências intermunicipais portanto, decorre do processo de programação entre gestores. A NOAS/02 tentava garantir essas referências por meio do Termo de Compromisso de Garantia de Acesso.

2.3.3 Execução Orçamentária e Financeira dos Recursos do SUS

A execução financeira na administração pública é regida pela Lei Federal n.º.4320, de 17 de março de 1964 que estabelece as normas gerais

de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços públicos.

COUTTOLENC (1998) sintetiza as etapas do processo orçamentário na seguinte conformidade e ordem:

- Elaboração da proposta/PPA
- Elaboração do Projeto de Lei/LDO
- Aprovação pelo legislativo e promulgação
- Programação da despesa
- Empenho da despesa
- Liquidação da despesa
- Pagamento da despesa
- Prestação de Contas

No setor saúde o processo de planejamento orçamentário tem início com o Plano de Saúde que juntamente com o orçamento dos demais setores servem de base para a elaboração do PPA.

À semelhança das demais áreas e setores da Administração Pública, a execução orçamentária e financeira dos SUS deve tomar como base a Lei Federal nº.4320.

O empenho é o comprometimento da verba orçamentária para fazer uma despesa. É um ato formal praticado pela autoridade competente ou o ordenador de despesa no caso, o Secretário da Saúde que cria para o órgão emitente uma obrigação de pagamento futuro que poderá ou não se concretizar.

O empenho obedecerá às classificações orçamentárias e terá seus valores definidos na solicitação de empenho ou nota de empenho, salvo se, a Contabilidade e/ou o Controle Interno detectarem impedimento para a sua efetivação.

A nota de empenho indica o nome do credor, a especificação, o valor da despesa, bem como, a dedução desta do saldo da dotação própria.

A liquidação consiste na comprovação da execução dos serviços ou obras ou da entrega dos bens nos termos contratados, devidamente atestado pela autoridade competente, no respectivo documento fiscal.

Na fase de liquidação é verificado o direito do credor de receber o valor empenhado, ou parte dele. Nessa fase, são emitidas e conferidas as medições de serviços, as notas fiscais de entrega de material, os recibos de prestação de serviços e outras comprovações.

Nesta etapa ocorre ainda a classificação (econômica, funcional e programática) da despesa, realizada pelo setor de contabilidade.

A classificação funcional é relacionada aos elementos do PPA: Função, Subfunção e Programas. Atualmente a Saúde passou a ser uma função com seis sub-funções.

O lançamento da classificação da despesa deve obedecer às normas estabelecidas no Manual Técnico Orçamentário ou, às normas do Sistema de Informações Municipais - SIM quando a responsabilidade pela compra for da contabilidade do município.

O SIM é um padrão de apresentação de informações que possibilita às administrações municipais enviarem suas prestações de contas ao TCM em meio informatizado (art. 42 da CE).

A partir da comprovação física do recebimento dos bens adquiridos ou da efetiva prestação de serviços contratados é que o gestor procederá ao pagamento da despesa.

Portanto, o pagamento deve ser efetuado somente quando ordenado, após a liquidação da despesa e na dependência da disponibilidade financeira.

A etapa final do processo da gestão financeira dos recursos consiste na prestação de contas que, devido a sua importância no contexto desse trabalho, será verificada em capítulo próprio.

2.4 ASPECTOS LEGAIS DA FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA, ORÇAMENTÁRIA E PATRIMONIAL DA ADMINISTRAÇÃO DOS BENS PÚBLICOS

Os princípios da administração pública estão presentes no artigo 37 da Constituição Federal que diz:

“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

No atendimento a exigência da lei torna-se imperativo o controle para verificar, constatar e impor o seu cumprimento, evitar o abuso de poder e defender o interesse público.

O artigo 70 da CF determina que a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta quanto à legalidade, legitimidade, economicidade, aplicação das subvenções e renúncia de receitas, seja exercida pelo Congresso Nacional mediante controle externo e, pelo sistema de controle interno de cada Poder (Legislativo, Executivo e Judiciário).

2.4.1 O Controle na Administração Pública

Segundo o Dicionário Aurélio Eletrônico, controle “é a fiscalização exercida sobre a atividade de pessoas, órgãos, departamentos, produto, (...), para que tais atividades não se desviem das normas preestabelecidas”.

O Controle Interno na Administração Pública é a verificação da conformidade da atuação desta a um padrão na busca de alcançar o máximo de proteção ao patrimônio público.

Este mecanismo é utilizado para assegurar que os objetivos dos órgãos e entidades da administração sejam alcançados de forma confiável e concreta e, no caso de observada a má administração dos recursos públicos, sugerir medidas corretivas.

Todos os órgãos públicos estão obrigados a adotar e manter o Controle Interno em obediência aos artigos 74 e 75 da CF/88.

A Constituição afirma que os Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário manterão, de forma integrada, sistemas de controle interno com a finalidade de:

- I. Avaliar o cumprimento das metas previstas no PPA, a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União;
- II. Comprovar a legalidade e avaliar os resultados quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira, e patrimonial nos órgãos e entidades da administração federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado;
- III. Exercer o controle das operações de crédito, avais e garantias, bem como dos direitos e haveres da União;
- IV. Apoiar o controle externo no exercício de sua missão institucional.

Cita a Lei que o controle externo é função do Poder Legislativo, sendo da competência do Congresso Nacional no âmbito federal, das Assembléias Legislativas nos Estados, da Câmara Legislativa no Distrito Federal e das Câmaras Municipais nos Municípios, com o auxílio dos respectivos Tribunais de Contas.

No município, o controle por meio de fiscalização será exercido pelo Poder Legislativo-Câmara Municipal mediante controle externo e, pelos sistemas de controle interno do poder Executivo Municipal, com o auxílio dos Tribunais de Contas dos Estados ou do Município, onde houver (CF/88, artigo 31, parágrafo 1º).

Além da Constituição Federal, a Constituição Estadual, a IN nº 01/97 do TCM e a Lei Complementar nº.101/2000(Lei de Responsabilidade Fiscal) exigem a implantação e determinam as regras para o controle interno na administração pública.

O controle externo, no caso do Poder Executivo é constituído pelo Poder Legislativo e pelo Poder Judiciário, sendo os Tribunais de Contas órgãos auxiliares do legislativo.

Para o exercício do controle externo, o Brasil adotou o Sistema de Tribunais de Contas. Ao todo, são 34 órgãos que foram prestigiados pela Constituição de 1988 com o acréscimo de suas funções.

Atualmente, o Sistema de Controle Externo no Brasil está organizado da seguinte maneira:

- Um Tribunal de Contas da União com sede no Distrito Federal e representação em todas as Unidades da Federação;

- Vinte seis Tribunais de Contas Estaduais, sendo um em cada Unidade da Federação;
- Quatro Tribunais de Contas dos Municípios, localizados nos Estados da Bahia, **Ceará**, Pará e Goiás; e
- Dois Tribunais de Contas Municipais, localizados nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro, órgãos municipais de controle externo encarregado de fiscalizar a atividade financeira unicamente **daqueles municípios**.

Os Tribunais de Contas dos Municípios são órgãos estaduais encarregados de fiscalizar os municípios localizados naquele Estado. No Ceará, é o TCM-Ceará que responde pela fiscalização de todos os municípios do estado.

O TCM aprecia as contas anuais dos governos municipais, analisa a execução e o cumprimento das metas do PPA, LDO e LOA e, julga as contas dos administradores/Gestores da Saúde.

O fascículo nº.3 do Curso Controle Social das Contas Públicas, ano 2010, promovido à distância pela Fundação Demócrito Rocha no Ceará, apresenta além de outras relevantes informações, o seguinte texto de autoria do Conselheiro Pedro Ângelo Sales Figueiredo:

Os Tribunais de Contas embora investiguem e julguem contas, não têm o poder de executar suas decisões. Compete-lhes, ao detectar a irregularidade, mandar corrigi-la, aplicar multa, representar o Ministério Público quanto à improbidade administrativa e eventuais indícios de crime efetivamente constatados. Declarar a inabilitação para o exercício de cargo em comissão ou função gratificada na Administração Pública, mas não têm força coercitiva para executar, eles próprios, a punição a tais mazelas.

Para saber qual Corte de Contas (TCU, TCE ou TCM) deve atuar em cada caso, deve-se identificar qual a origem do recurso que deverá ser fiscalizado. Assim, caso esteja sendo gasto um recurso da esfera federal, o Tribunal que irá atuar é o TCU.

Cabe ao TCU fiscalizar a aplicação de quaisquer recursos repassados pelo Governo Federal mediante convênio, acordo, ajuste e outros instrumentos congêneres, a Estado, ao Distrito Federal ou a Município. É o que dizem a CF/88 e a Lei nº 8.443/92 ou LOTCM.

O órgão responsável pela fiscalização dos recursos no âmbito estadual é o Tribunal de Contas do Estado.

No caso do Estado do Ceará que além do TCE existe o TCM, competirá ao primeiro fiscalizar apenas as despesas que tenham sido efetuadas no âmbito estadual, ficando para o TCM-CE a fiscalização dos recursos dos 184 municípios.

A Associação Nacional do Ministério Público de Contas (AMPCON) controla os Tribunais de Contas das três instâncias, em todo o país.

2.4.2 O Controle no âmbito da Gestão Municipal da Saúde

No desempenho da função de administrador público e, como forma de resguardar a sua integridade moral, cabe aos gestores, conhecer e

desempenhar o controle interno à partir da unidade gestora sob sua responsabilidade.

De acordo com a Resolução nº.820/97 do Conselho Federal de Contabilidade, citado por ARRUDA (2008):

“O controle interno compreende o plano de organização e o conjunto integrado dos métodos e procedimentos adotados pela entidade na proteção de seu patrimônio, promoção da confiabilidade dos seus registros e demonstrações contábeis e de sua eficácia operacional” (p.13).

A IN nº.01/97 do TCM-CE disciplina e especifica os seguintes objetos de controle interno:

- Da execução orçamentária e financeira: Contabilidade, Finanças, Receita, Créditos Orçamentários e Adicionais e, Despesas;
- Pessoal;
- Bens Permanentes;
- Licitações, Contratos e Convênios;
- Obras Públicas e Reformas;
- Operações de Crédito;
- Suprimento de Fundos e,
- Doações, Subvenções, Auxílios e Contribuições concedidas.

Para o TCM-CE, um controlador interno deve ter as seguintes características no exercício da função: imparcialidade; independência; perspicácia nos exames; persistência; finura de trato e humanidade; cautela e zelo profissional; cooperação e curiosidade.

É importante que o gestor da saúde e os responsáveis pelos setores afins acompanhem as ações dos setores de contabilidade, finanças, compras e em especial as ações da Comissão de Licitação, detectadas neste estudo como responsáveis pelas principais irregularidades e desaprovações das contas, segundo o julgamento do TCM.

A seguir, serão especificadas as recomendações do TCM-CE para o controle interno de cada item supracitado.

Na área contábil, deve haver o exame e os controles relativos à execução orçamentária e/ou financeira. Os registros de controle desta área devem permanecer atualizados e mantidos na sede da Entidade a que pertence (inciso 1º do art. 3º da IN nº 01/97, TCM-CE).

A documentação, em sua maioria informatizada, deverá estar impressa e encadernada, depois de ser rubricada pela autoridade competente e pela pessoa responsável pelo controle interno, até o prazo para o envio da Prestação de Contas para o TCM-CE (§2º do art. 3º da IN nº 01/97).

O controle interno da área financeira tem como objetivo verificar a regularidade e correção dos recebimentos e pagamentos efetuados; os registros do Livro Caixa; o Controle Bancário; os Extratos Bancários; os Termos de Conferência de Caixa, as Conciliações Bancárias etc. Nesse sentido, observar que os pagamentos devem ocorrer mediante cheques nominativos ou ordem de crédito contra bancos oficiais.

O controle das receitas é da competência direta da contabilidade e setor financeiro geral da Prefeitura, mas, deve ser monitorado pelo pessoal

da saúde. Neste setor deve existir controle sobre o lançamento; arrecadação e recolhimento das receitas municipais e, sua contabilização deve observar a legislação pertinente. As receitas de aplicações financeiras devem ter controles específicos.

Os talões de receitas devem mencionar os reais contribuintes e não o nome dos agentes arrecadadores. Os registros de escrituração das receitas devem obedecer aos princípios contábeis da evidenciação e oportunidade.

O controle dos créditos adicionais tem por objetivo constatar a efetiva existência de créditos suficientes para a realização da despesa, a regularização e correção da abertura e a utilização desses créditos adicionais.

No controle das despesas, é importante que haja sintonia entre o responsável pela Unidade Gestora, o Ordenador (Gestor da Saúde), a contabilidade e a tesouraria.

Nos gastos públicos devem ser observados os princípios da legalidade, legitimidade, oportunidade, economicidade, moralidade, eficiência e eficácia, bem como, a maior transparência na utilização dos recursos públicos (art.37 da CF).

Todos os itens e fases da execução financeira e do controle devem manter obediência as Lei de Licitação e Contratos e Lei de Responsabilidade Fiscal que serão citadas nos próximos itens.

Alerta-se para a obrigatoriedade dos estágios da despesa seguirem esta seqüência: empenho, liquidação e o pagamento e, no caso de

anulação de empenhos, estas devem ser processadas mediante a extração da Nota de Anulação de Empenho - NAE e o valor anulado deve reverter-se na dotação orçamentária originária.

No controle de Pessoal deve ser verificada a exatidão dos controles de todos os Servidores Públicos e o limite de despesas com pessoal que não deve ultrapassar a 60% da Receita Corrente Líquida - RCL.

Merecem ainda destaque no controle de pessoal as seguintes observações:

- Os registros referentes às Pensões e Aposentadorias concedidas;
- Se a investidura em cargo ou emprego público foi através de concurso público ressalvado a nomeação para cargo em comissão, criado por lei;
- O pagamento das contribuições previdenciárias e o devido repasse;
- Se a remuneração dos servidores foi fixada e alterada por lei e,
- Se as gratificações foram criadas por leis e concedidas através de Portarias.

O controle dos bens patrimoniais diz respeito à incorporação, tombamento, guarda, baixa e responsabilidade pelo uso desses bens e ainda, o controle da movimentação, a conservação e segurança dos mesmos.

Os registros do inventário deverão conter a data de aquisição, incorporação e/ou baixa, a discriminação do bem, a quantidade, o valor e identificação do responsável por sua guarda e conservação. O parágrafo 3º do art.106 da Lei Federal 4.320/64 faculta a reavaliação dos bens públicos.

Todos os documentos dos controles devem estar atualizados e arquivados preferencialmente na sede da Secretaria da Saúde.

Os veículos devem estar registrados no órgão de trânsito, e o registro das máquinas, inseridos nos controles patrimoniais da Entidade. Estes registros precisam ser atualizados e arquivados na sede da Entidade/ Secretaria da Saúde, de preferência. Os custos de manutenção devem ser rigorosamente acompanhados.

No controle do Almojarifado devem ser observadas:

- As condições de recebimento, armazenamento, distribuição, controle e segurança dos estoques;
- Se, os processos de autorização, aprovação e execução dos gastos são feitos pela mesma pessoa;
- A existência de Bens inservíveis ou com validade vencida nas dependências do almoxarifado.
- Os registros do almoxarifado devem estar respaldados pelas Notas Fiscais e Requisições;
- Os bens em estoque deverão ser avaliados, sendo o saldo ao término do período, demonstrado no Balanço Patrimonial.

Por fim, observar se os instrumentos administrativos foram processados corretamente em suas diversas etapas processuais.

Ressalta-se que o responsável pelo almoxarifado deve ser designado por portaria e responde solidariamente com o gestor pela falta de zelo e controle dos bens e patrimônio público.

Atenção especial deve ser dada ao controle das Licitações, Contratos e Convênios que nesse estudo, como já foi alertado nas páginas anteriores, é a primeira causa no ranking das irregularidades apontadas pelo TCM-CE para desaprovação das contas da gestão municipal da saúde.

Os exames das Licitações, Contratos e Convênios visam verificar se esses instrumentos administrativos foram processados corretamente em todas as suas fases, identificando, em tempo hábil, a existência de imperfeições nas diversas etapas processuais. Nesta área devem ser observados se:

- Os Processos Licitatórios foram devidamente autuados e numerados (art. 38, Lei nº. 8.666/93; e art. 21, IN/TCM n. 01/97);
- A Comissão de Licitação realmente atua nos Processos de Licitação e recebe solicitação da quantidade do objeto a ser licitado (inciso XVI, art. 6º da Lei nº. 8.666/93);
- Os prazos legais são devidamente cumpridos;
- Existe cadastro atualizado dos Fornecedores e Prestadores de Serviços (art.34 e 35, Lei nº. 8.666/93; e art. 22, IN/TCM n. 01/97);

Em sua grande maioria, os convênios devem ser assinados pelo Prefeito Municipal, salvo legislação dispondo o contrário. Os recursos financeiros para estes fins devem ser movimentados em Contas Bancárias Específicas (artigos 26 e 24 da IN/TCM n°.01/97).

Além dessas orientações gestores e assessores precisam conhecer e compreender outras determinações da Lei Federal n°.8666 ou Lei das Licitações como é popularmente conhecida, cujos artigos de maior interesse dos gestores municipais de saúde serão tratados adiante.

O controle interno das obras e reformas visa constatar se a obra construída e os serviços de engenharia executados estão dentro da normalidade tanto no aspecto documental, quanto sob o aspecto da execução física (cronograma físico-financeiro) detectando as possíveis irregularidades e apontando de imediato as medidas saneadoras. Quanto a este item devem ser observados:

- A existência de orçamento das obras devidamente arquivado na sede da entidade;
- Se os itens do orçamento foram todos cumpridos;
- Se o valor da avaliação da obra foi exatamente aquele contabilizado e pago;
- Se houve empenho em um exercício financeiro do valor total de uma obra que será realizada em mais de um ano;
- Existência de responsável técnico pela elaboração da obra;
- Se os serviços de reformas são devidamente acompanhados por responsável técnico e pagas de conformidade com o cronograma

físico-financeiro (art. 1º, Lei nº. 6.496/77; e art. 1º, Resolução n. 425/98-CREA).

Ainda, como pontos importantes no controle interno estão:

- A observação sobre a forma dos pagamentos se está de acordo com o acertado nos contratos;
- Se os Empréstimos por Antecipação da Receita foram para atender a Insuficiência de Caixa;
- Se há saldo das disponibilidades financeiras na data da obtenção do aludido empréstimo e,
- Constatar se as dívidas contraídas foram corretamente registradas no Balanço Geral.

Os Suprimentos de Fundos devem ser contabilizados de acordo com as despesas a serem realizadas. Seu ato concessivo deverá conter a classificação da dotação, o período e o nome, cargo ou função do servidor.

Não poderá ser concedido adiantamento a algum servidor em alcance ou em atraso na prestação de contas, nem a responsável por mais de dois suprimentos.

A Prestação de Contas do Suprimento de Fundos deve ser formalizada por meio da nota de empenho, portaria concessiva do suprimento, balancete, notas fiscais, recibos e comprovante de devolução de saldo, se ocorrer.

O Controle das Doações, Auxílios e Subvenções, por ser alvo muito freqüente das fiscalizações é outro item que requer grande atenção dos gestores e responsáveis pelos setores afins.

No cumprimento das atividades continuadas que são a maioria dos casos, estas devem ser justificadas como: atividades que visam à melhoria de vida da população reconhecidamente carente, ações voltadas para as necessidades básicas e, ações de caráter emergencial.

Destacam-se ainda sobre o Controle das Doações, Auxílios e Subvenções:

- Os programas assistenciais deverão ser disciplinados por lei específica e no controle dessas despesas deve ser registrado o nome completo, o endereço e o número da identidade ou de documento equivalente do beneficiado (art. 34, IN/TCM nº.01/97).
- Os controles devem ser atualizados e permanentemente arquivados na Secretaria Municipal da Saúde haja vista que, no ato da fiscalização são exigidos do responsável pelo setor, o livro e as pastas contendo todo o registro de controle acima determinado e até fotos comprobatórias da entrega das doações.

Finalmente, o controle interno deve dispensar atenção especial às despesas com publicidade; aquisição de medicamentos; pagamento de prestadores de serviços; realização de eventos e despesas com combustível.

Os responsáveis pelo controle interno tomando conhecimento das irregularidades ou ilegalidades estão obrigados a informar aos seus superiores e ao Tribunal de Contas, sob pena de responsabilidade solidária. (art. 74, parágrafo 1º, CF).

No SUS, o controle interno do poder executivo também é exercido pelas áreas de vigilâncias, da regulação da saúde suplementar e pelo controle e avaliação da atenção, componentes do Sistema Nacional de Auditoria - SNA.

O SNA foi previsto na Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, criado pela Lei n.º 8.689 de 27 de julho de 1993 e regulamentado pelo Decreto n.º 1651 de 28 de setembro de 1995, sendo formado pelas três esferas de gestão que compõem o SUS- Federal, Estadual e Municipal.

Pelo exposto vê-se que existem duas instâncias de controle e várias instituições que atuam para este fim.

O controle institucional por parte do poder executivo deve ser iniciado dentro da própria Secretaria da Saúde e, além do enfoque orçamentário-financeiro deve buscar a economicidade, eficiência e eficácia.

Para tal, o gestor municipal da saúde precisa estar atento e dispor de condições para exercer minimamente o controle preventivo avaliando o cumprimento das metas, a legalidade, a eficiência e a eficácia das ações, além de verificar se o processo de prestação de contas está em conformidade com a legislação específica.

As Prestações de Contas da gestão municipal são submetidas às seguintes categorias de controle:

- O Controle exercido pelo Conselho Municipal de Saúde estabelecido pela Lei n.º 8142 de 28 de dezembro de 1990 que garante aos Conselheiros entre outras prerrogativas o poder de fiscalizar os gastos realizados pelo setor saúde. Verifica-se na referida lei:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, 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 do governo.

- Ao Sistema Nacional de Auditoria que, no controle e avaliação tem as competências de auditar as ações e serviços conforme previstas no Plano Municipal de Saúde; os serviços de saúde públicos e privados sob sua gestão, e as ações e serviços de saúde sob consórcio intermunicipal ao qual o município está associado.

Vale lembrar que o nível federal bem como o nível estadual tem competência também para auditar a aplicação dos recursos transferidos aos municípios mediante análise do relatório de gestão.

Além dessas, outras categorias fazem parte do controle externo: o controle exercido pela Câmara de Vereadores; pela Controladoria Geral da União; pelo TCU, TCE e TCM; pelas Comissões de Inquéritos e pelo Ministério Público.

O Ministério Público-MP é incumbido de zelar para que os poderes públicos e os serviços de relevância pública entre eles os serviços e ações de saúde, observem os direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias a sua garantia.

O MP do Estado do Ceará possui quatro Promotorias Especializadas dentre elas a Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde Pública, criada a partir do ano 2002, com atribuições de fiscalizar a gestão das políticas de saúde do Estado e do Município de Fortaleza e, acompanhar ação civil interposta em parceria ou com a anuência do promotor natural dos demais municípios.

Portanto, cabe a observação de que o MP exerce também uma forte atuação sobre o SUS considerando a base constitucional deste e o seu papel na defesa do direito do cidadão.

Ao TCM, como citado anteriormente, são atribuídas além de outras responsabilidades, a incumbência de apreciar as contas anuais de governo, julgar as contas dos administradores/Gestores da Saúde e, avaliar a execução e metas do PPA, LDO e LOA. Por ser instituição alvo neste estudo, será tratado em capítulo à parte.

Além do controle institucional, o controle exercido por qualquer cidadão brasileiro, partido político, órgãos representativos das entidades profissionais, associação ou sindicato são partes legítimas do controle, com poder de denunciar diretamente aos órgãos de controle interno ou externo as irregularidades ou ilegalidades detectadas.

Os códigos de direitos dos usuários de serviços de saúde e de consumidores indicam uma maior conscientização e participação do cidadão brasileiro.

A Lei Federal n.º 8.078, de 11 de setembro de 1990 que apresenta o Código de Defesa do Consumidor e a Portaria do Ministério da Saúde GM n.º 675 de 30 de junho de 2006, dos Direitos dos Usuários do SUS são as bases legais de garantia dos direitos dos consumidores e usuários do SUS, dentre outros direitos.

A ouvidoria, enquanto uma escuta qualificada, também possibilita a organização de serviços de atendimento às demandas e denúncias do cidadão.

Convém lembrar que, ao serem esgotadas as possibilidades de convencimento e parceria, o cidadão deve mobilizar as forças sociais para o cumprimento das funções do Gestor através das instituições do Poder Legislativo, dos Tribunais de Contas e do Ministério Público.

Por outro lado, as pessoas responsáveis pela prestação dos serviços públicos, sempre que solicitadas por órgãos públicos, sindicatos ou associações de usuários, prestarão, no prazo definido em lei, informações detalhadas sobre planos, projetos, investimentos, custos, desempenhos e demais aspectos pertinentes à sua execução, sob pena de responsabilidade (Parágrafo único do art. 158 da CF).

Para haver controle é necessário um padrão de comportamento que sirva para comparar o que foi feito com o que deveria ter sido feito. Assim sendo, antes de controlar, deve-se verificar qual a regra aplicável aquele

caso para depois aferir se o que foi realizado está ou não de acordo com o que foi estabelecido.

Na Administração Pública, diversas leis esparsas merecem atenção dos responsáveis pelo controle. Destacam-se a Lei nº.4320, de 17 de março de 1964 - que estabelece as normas gerais do direito financeiro; a Lei “das Licitações” e Contratos Lei nº.8.666, de 21 de junho de 1993, e a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) ou Lei Complementar nº.101, de maio de 2000 que limita as despesas às reais disponibilidades orçamentárias e financeiras.

As duas últimas Leis acima citadas serão comentadas a seguir por servirem de base para o controle no âmbito da Gestão Municipal da Saúde e evitar as ocorrências das principais irregularidades que causam as desaprovações de contas, pelo TCM..

2.4.3 A Lei de Responsabilidade Fiscal e os Aspectos Importantes para o Controle Interno da Gestão Municipal da Saúde

A responsabilidade fiscal expressa no artigo 163 da Constituição Federal de 1988 foi regulamentada através da Lei Complementar nº.101 de maio de 2000 ou Lei de Responsabilidade Fiscal- LRF.

A LRF veio não para criar uma nova espécie de responsabilidade, mas, para cumprir o seu papel de complemento regulamentador e estatuir condições, termos e requisitos para o exercício da gestão financeira e patrimonial do poder público (ARRUDA, 2008).

Neste sentido, a lei apresenta várias regras relacionadas com despesa de pessoal, endividamento público, transparência dos gastos públicos, inscrições em restos a pagar, entre outras.

Os quatro pilares da LRF são o planejamento, a transparência, o controle e a responsabilização.

O planejamento já expresso em capítulos anteriores é o ponto de partida para a LRF ainda mais porque através dela são criadas as normas para a execução da gestão fiscal com os novos anexos da Lei de Diretrizes Orçamentária, destacada como o meio mais valioso para o planejamento das finanças públicas.

A transparência deve ocorrer por meio da divulgação e acompanhamento da gestão fiscal através de relatórios e anexos fiscais divulgados até pela internet, como estímulo ao controle social nas audiências públicas e orçamentos participativos.

A LRF apresenta na forma de código de conduta, as seguintes determinações a serem seguidas pelos gestores:

- Estabelecer normas e limites para administrar as finanças;
- Prestar contas sobre quanto e como gastam os recursos da sociedade;
- Fixar limites para despesas com pessoal, para dívida pública;
- Estabelecer metas para controlar receitas e despesas;
- A Lei impede a criação de despesas continuadas (por mais de dois anos), sem indicar sua fonte de receita ou sem reduzir outras despesas já existentes;

- O gestor tem que pagar as despesas, sem comprometer o orçamento atual ou orçamentos futuros;
- Publicar o Relatório de Gestão Fiscal e os balanços simplificados;
- Garantir o acesso público às contas;
- O gestor está sujeito a penalidades, também chamadas de sanções que podem ser dos tipos institucionais e/ou pessoais.

Atribui ainda aos Tribunais de Contas a fiscalização do cumprimento das suas normas.

Tem como objetivo maior propor normas sobre a responsabilidade na gestão fiscal dos recursos públicos, por meio de ação planejada e transparente que possibilite prevenir e corrigir desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas.

Os critérios para limitação de empenhos, as normas para o controle de custos, as condições para transferência de recursos, o Anexo de Metas Fiscais e o Anexo dos Riscos Fiscais são alguns dos dispositivos acrescentados por esta Lei.

O Relatório de Gestão Fiscal deverá apresentar, em linguagem simples e objetiva, as contas da União, do DF, de cada Estado e Município aumentando desta forma, a transparência na gestão do gasto público.

Os gestores e administradores de bens públicos devem obedecer às determinações da LRF e observarem os limites impostos para a despesa

com pessoal que não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida: União: 50%, Estados: 60% e Municípios; 60%.

Necessário ainda, que os gestores criem metas para controlar as receitas e despesas e, estarem cientes de que nenhum governante pode criar uma nova despesa continuada por mais de dois anos sem indicar sua fonte de receita ou sem reduzir outras despesas já existentes.

A LRF traz outras ressalvas importantes que devem ser observadas pela gestão da saúde:

- A compensação financeira para despesas obrigatórias continuadas não se faz necessária quando o ente/*Gestor da Saúde* (destaque meu) expande quantitativamente suas ações e serviços de saúde (artigo 17);
- Caso as metas fiscais estejam comprometidas e, por isso, o *Gestor* precise limitar despesas, as da Saúde não podem sofrer qualquer restrição, visto que derivam de obrigação constitucional e legal (§2º do artigo 9º da LRF);
- Os recursos da Saúde, por serem vinculados de natureza, não podem ser utilizados em outra finalidade, mesmo após o encerramento do exercício em que foram arrecadados (Parágrafo Único do art. 8º);
- O corte de transferências voluntárias para o setor Saúde não pode ser utilizado como punição a transgressões fiscais (artigo 25, §3º).

Quanto aos Restos a Pagar, a LRF diz que, é vedado ao titular do poder ou órgão, nos últimos dois quadrimestres do seu mandato, contrair obrigação de despesa que não possa ser cumprida integralmente dentro dele ou que tenha parcelas a serem pagas no exercício seguinte sem que haja suficiente disponibilidade de caixa para este efeito (art.42).

O descumprimento da LRF pode acarretar além das sanções institucionais, sanções pessoais e administrativas para o administrador público no caso o Gestor do município.

2.4.4 Destaques da Lei de Licitação, Contratos e Convênios para a Gestão da Saúde

A despesa com recurso público realizada sem licitação é uma irregularidade que leva à causa mais freqüente das desaprovações das contas pelo TCM-CE, conforme foi constatado neste estudo.

Para saber se há a necessidade do certame licitatório, a administração deve considerar o valor da despesa a ser realizada no ano.

A Lei Orgânica do TCM-CE, Lei n°.13.544, alterada em 24 de novembro de 2004 na seção que trata da fiscalização de atos, contratos, convênios e acordos alerta:

Para assegurar a eficácia do controle e para instruir a apreciação e o julgamento das contas, o Tribunal efetuará a fiscalização dos atos de que resultem receita ou despesa praticados pelos responsáveis sujeitos a sua jurisdição, competindo-lhe, para tanto, em especial acompanhar, através do envio pela Prefeitura e Câmara Municipal (...), além de outros atos, os editais de licitação, os contratos, inclusive administrativos, e os convênios, acordos ou ajustes, ou outros instrumentos congêneres(...).

Pelo exposto, ressalta-se a importância do gestor conhecer e cumprir as determinações da Lei de Licitações e Contratos Administrativos que estabelece as modalidades, com base nos valores, e os procedimentos que devem ser adotados por parte da administração para a realização da licitação.

Licitação é o procedimento utilizado pela administração para a escolha da proposta mais vantajosa para o município, seja visando à realização de obras, contratação de serviços ou aquisição de materiais e equipamentos (art.3º, Lei 8.666/93).

A Lei de Licitação, Contratos e Convênios nº 8.666, de 21/6/93, estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do DF e dos Municípios.

Para tal, a Lei determina que a administração deva nomear no mínimo três membros, dos quais dois servidores municipais qualificados para compor a comissão que ficará responsável pela realização de todos os procedimentos. Os membros da Comissão de Licitação (CL) deverão atuar pelo período de um ano, sendo proibida a recondução, em sua totalidade, no período seguinte (§ 4º, art.51, Lei nº 8.666).

O município também poderá instituir uma comissão especial para a seleção de produtos ou serviços especializados, tais como equipamentos de informática e grandes obras (inciso XVI, art.6º e art.51, Lei nº 8.666).

A comissão tem como função receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos à licitação, os quais devem compor o processo licitatório. Cabe também à CL o exame do cadastro dos licitantes.

No caso da modalidade de licitação tipo Pregão a autoridade competente designará, dentre os servidores do órgão que promover a licitação, o pregoeiro e a respectiva equipe de apoio composta preferencialmente, de servidores do quadro permanente (inciso IV, §1º, art.6º, Lei nº 10.520/02).

Na realização do processo licitatório os seguintes princípios devem ser obedecidos: legalidade, impessoalidade, moralidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento convocatório e do julgamento objetivo (art.3º, Lei 8.666/93).

Os procedimentos licitatórios estão sujeitos à análise dos órgãos fiscalizadores. Caso esse exame resulte na constatação de irregularidades, a comissão será apenada pelo órgão fiscalizador (§ 3º, art.51, Lei nº 8.666/93).

Os membros da Comissão de Licitação responderão, solidariamente por todos os atos praticados, salvo se posição individual divergente estiver fundamentada e registrada na ata da reunião em que tiver sido julgado o processo.

A Lei destaca ainda que, o Ordenador de Despesas no caso o **Gestor da Saúde também é responsável pela licitação** haja vista que é ele quem autoriza a despesa e homologa (*aprova*) o processo licitatório, ou seja, ratifica todo o procedimento realizado pela Comissão de Licitação,

portanto, responde solidariamente (inciso IV, art.43 Lei nº.8.666/93),(**Grifos meus**).

Reconhece-se como modalidades de licitação a concorrência, tomada de preços, convite, concurso, leilão e o “Pregão”, instituído pela Lei Federal nº. 10.520, de 17 de julho de 2002.

A Concorrência ocorre entre quaisquer interessados que na fase inicial de habilitação preliminar, comprove possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto.

A Tomada de Preços ocorre somente entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação.

O Convite é a modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três) pela unidade administrativa.

O Concurso é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico, mediante a instituição de prêmios ou remuneração aos vencedores, conforme critérios constantes de edital publicado na imprensa oficial com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias.

Leilão é a modalidade de licitação entre quaisquer interessados para a venda de bens móveis inservíveis para a Administração ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados, ou para a alienação de bens imóveis.

Para aquisição de bens e serviços comuns, cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos pelo edital é possível a utilização da modalidade pregão (art.1º, Lei nº10. 520/02).

O pregão caracteriza-se pela rapidez na escolha do interessado, e mostra-se menos burocrático em razão de se examinarem apenas os documentos de habilitação do vencedor do certame (inciso XII, art.4º, Lei 10.520/00).

É vedada a criação de outras modalidades de licitação ou a combinação das mesmas. As modalidades de licitação serão determinadas em função dos seguintes limites de valores:

I - para obras e serviços de engenharia:

- a) convite- até R\$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais);
- b) tomada de preços- até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);
- c) concorrência-acima de R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);

II - para compras e serviços não referidos no inciso anterior:

- a) convite- até R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);
- b) tomada de preços- até R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais);
- c) concorrência-acima de R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais).

A licitação é obrigatória, porém, em algumas situações expressas na Lei nº 8.666/93 pode ser dispensável, ou não se pode exigir o processo licitatório.

A dispensa ou inexigibilidade de licitação podem ocorrer, mas, somente em conformidade com os artigos 24º e 25º da referida Lei. Porém, a regra é licitar. A dispensa e a inexigibilidade são exceções.

O artigo nº. 24 da Lei 8666 determina as condições para dispensa de licitação. Dentre elas destacam-se aquelas mais aplicáveis a gestão municipal da saúde:

- I. obras e serviços de engenharia de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto no artigo anterior, desde que não se refiram a parcelas de uma mesma obra ou serviço ou ainda para obras e serviços da mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente;
- II. para outros serviços e compras de valor até 10% (dez por cento) do limite previsto na alínea a do inciso II do artigo anterior e, para alienações, nos casos previstos nesta Lei, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço, compra ou alienação de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez;

(...)
- IV. nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimentos de situação (...);
- V. quando não acudirem interessados à licitação anterior, e esta, justificadamente, não puder ser repetida sem prejuízo para a

Administração, mantidas, neste caso, todas as condições preestabelecidas;

(...)

- VII. quando as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado nacional, ou forem incompatíveis com os fixados pelos órgãos oficiais competentes (...);
- VIII. para a aquisição, por pessoa jurídica de direito público interno, de bens produzidos ou serviços prestados por órgão ou entidade que integre a Administração Pública e que tenha sido criado para esse fim específico em data anterior à vigência desta Lei, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;
(...);
- X. para a compra ou locação de imóvel destinado ao atendimento das finalidades precípuas da Administração, cujas necessidades de instalação e localização condicionem a sua escolha, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado, segundo avaliação prévia;
- XI. na contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que atendida a ordem de classificação da licitação anterior e aceitas as mesmas condições oferecidas pelo licitante vencedor, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido;

- XII. nas compras de hortifrutigranjeiros, pão e outros gêneros perecíveis, no tempo necessário para a realização dos processos licitatórios correspondentes, realizadas diretamente com base no preço do dia;
(...);
- XVI. para a impressão dos diários oficiais, de formulários padronizados de uso da Administração e de edições técnicas oficiais, bem como para a prestação de serviços de informática a pessoa jurídica de direito público interno, por órgãos ou entidades que integrem a Administração Pública, criados para esse fim específico;
- XVII. para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira, necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;
(...);
- XX. na contratação de associação de portadores de deficiência física, sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, por órgãos ou entidades da Administração Pública, para a prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;
- XXI. (...)

- XXII. na contratação do fornecimento ou suprimento de energia elétrica com concessionário, permissionário ou autorizado, segundo as normas da legislação específica;
- XXIII. na contratação realizada por empresa pública ou sociedade de economia mista com suas subsidiárias e controladas para a aquisição ou alienação de bens, prestação ou obtenção de serviços, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;
- XXIV. para a celebração de contratos de prestação de serviços com as organizações sociais, qualificadas no âmbito das respectivas esferas de governo, para atividades contempladas no contrato de gestão.

Para os fins da Lei, entende-se por obras toda construção, reforma, fabricação, recuperação ou ampliação, realizada por execução direta ou indireta. Por serviço, toda atividade destinada a obter determinada utilidade de interesse para a Administração, tais como: demolição, conserto, instalação, montagem, operação, conservação, reparação, adaptação, manutenção, transporte, locação de bens, publicidade, seguro ou trabalhos técnico-profissionais.

Na hipótese dos artigos anteriores e, em qualquer dos casos de dispensa, se comprovado superfaturamento, respondem solidariamente pelo dano causado à Fazenda Pública o fornecedor ou o prestador de serviços e o agente público responsável, sem prejuízo de outras sanções legais cabíveis.

Os casos de inexigibilidade estão previstos nos incisos do artigo 25 da Lei nº 8.666/93, que são os seguintes:

- I. Aquisição de materiais, equipamentos, ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;
- II. Contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;
- III. Contratação de profissional de setor artístico diretamente ou através de empresário exclusivo e consagrado pela crítica ou pela opinião pública.

Consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I. estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos ou executivos;
- II. pareceres, perícias e avaliações em geral;
- III. assessorias ou consultorias técnicas e auditorias financeiras ou tributárias;
- IV. fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V. patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI. treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII. restauração de obras de arte e bens de valor histórico.

A Lei determina que, ressalvados os casos de inexigibilidade de licitação, os contratos para a prestação de serviços técnicos profissionais especializados deverão, preferencialmente, ser celebrados mediante a realização de concurso, com estipulação prévia de prêmio ou remuneração.

Considera notória especialização o profissional ou empresa cujo conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica, ou de outros requisitos relacionados com suas atividades, permita inferir que o seu trabalho é essencial e indiscutivelmente o mais adequado à plena satisfação do objeto do contrato.

A administração deve formalizar a criação de Comissão de Licitação- (CL) permanente ou especial, com a função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações e ao cadastramento de licitantes (art. 6º, inciso XVI).

O ordenador de despesas no caso, o Secretário da Saúde deve manter aproximação com a CL para verificação das condições para licitar e, acompanhamento em todas as fases do processo licitatório, expressas na Lei 8.666/93:

Das condições para licitar:

- a) Obras e serviços (art. 7º§ 2º): projeto básico aprovado e projeto executivo; orçamento detalhado em planilhas; recursos orçamentários previstos; produto da obra ou serviço incluído no Plano Plurianual, quando for o caso.

- b) Compras (art.14º e 15º §7): especificação completa do bem; definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas em função do consumo e das condições de armazenamento.

Fases da licitação:

1. Formalização do Processo;

- Requisição- pedido de compra, solicitação de serviços ou obras;
- Autorização- após a aprovação do pedido e constatada a viabilidade da aquisição, o ordenador de despesa deve autorizar a abertura do processo;
- Estimativa do valor- deve ocorrer na fase inicial do procedimento de aquisição;
- Enquadramento na modalidade adequada: Concorrência; Tomada de Preços; Convite; Concurso; Leilão ou Pregão;
- Instrumento convocatório.

O edital deve conter, entre outras, as seguintes informações:

- A modalidade de licitação;
- O objeto da licitação;
- Critérios para julgamento;
- Penalidades;
- Indicação de local, dia e hora para recebimento de documentos para habilitação e propostas;
- Data de abertura da documentação.

O Termo de Contrato é obrigatório para licitações nas modalidades de concorrência e de tomada de preços e, ainda, nas dispensas e inexigibilidades cujos preços estejam dentro dos limites.

As minutas de editais e contratos devem ser previamente examinadas e aprovadas pelo órgão de assessoria jurídica da administração que emite parecer antes da homologação pelo Gestor.

2. Publicação do Instrumento Convocatório - é obrigatória a publicação no jornal do Município e, deve ser feita simultaneamente na imprensa oficial e privada. Em caso de não simultaneidade, prevalecerá a data da última publicação.

São prazos para publicação:

- Para a licitação do tipo “melhor técnica” ou técnica e preço”, ou quando o contrato a ser celebrado contemplar a modalidade de empreitada integral:

- Concorrência - 30 dias (em caso de menor preço);
- Convite - 5 dias úteis,
- Leilão - 15 dias;
- Pregão - 8 dias úteis.

3. Habilitação - É o procedimento pelo qual é verificado se o proponente possui as condições mínimas exigidas para disputar a contratação.

4. Abertura dos envelopes de habilitação e da proposta - deve ser realizada em sessão pública, franqueada à presença dos licitantes ou quaisquer interessados.

5. Exame das propostas - a Comissão só deve passar ao exame das propostas de preços depois de terminada a habilitação e após: todos os licitantes desistirem da faculdade de recorrer; o término do prazo para recorrer sem que tenha sido interposto recurso; julgamento dos recursos com decisão contrária aos mesmos; rubrica dos membros da Comissão de Licitação presentes em ata e documentos.
6. Julgamento das Propostas - procedimento pelo qual se define a classificação. Deve ser efetuado com base em critérios objetivos estabelecidos em lei, conforme o tipo de licitação.
7. Conclusão - a licitação somente estará concluída pela ordenação dos classificados, obedecidos aos seguintes atos:
 - Publicação - o resultado do julgamento deve ser publicado com a classificação e o prazo para interposição de recursos;
 - Homologação - concordância da autoridade competente com o trabalho realizado pela comissão;
 - Adjudicação - consignação do objeto ao vencedor da licitação.

A Lei de Licitação, Contratos e Convênios define também as exigências fundamentais em relação a compras no setor público de modo que nenhuma compra será feita sem a adequada caracterização de seu objeto e indicação dos recursos orçamentários para seu pagamento, sob pena de nulidade do ato e responsabilidade de quem lhe tiver dado causa.

A lei determina ainda sobre as condições de guarda e armazenamento que não permitam a deterioração do material e, sempre que possível, as compras deverão:

- I. atender ao princípio da padronização que imponha compatibilidade de especificações técnicas e de desempenho, observadas, quando for o caso, as condições de manutenção, assistência técnica e garantia oferecidas;
- II. ser processadas através de sistema de registro de preços;
- III. submeter-se às condições de aquisição e pagamento semelhantes às do setor privado;
- IV. ser subdivididas em tantas parcelas quantas necessárias para aproveitar as peculiaridades do mercado, visando a economicidade;
- V. balizar-se pelos preços praticados no âmbito dos órgãos e entidades da Administração Pública.

Observa a lei que a especificação do bem a ser adquirido deve ser completa, porém, sem a indicação da marca.

A definição das unidades e das quantidades a serem adquiridas deve ser em função do consumo e utilização prováveis, cuja estimativa será obtida, sempre que possível, mediante adequadas técnicas quantitativas de estimação.

O quadro seguinte resume as determinações da Lei 8.666 quanto aos valores e os limites de prazos para a sua publicação.

QUADRO 4 - Valores relativos a compras e serviços por modalidade de licitação e o prazo limite para sua publicação.

Modalidade	Compras e Serviços	Obras e Serviços de Engenharia	Prazo de Publicação
Convite	De R\$ 8.001,00 a R\$ 80.000,00	De R\$ 15.001,00 a R\$ 150.000,00	5 dias úteis
Tomada de Preços	De R\$ 81.000,00 a R\$ 650.000,00	De R\$ 150.001,00 a R\$ 1.500.000,00	15 dias (menor preço)
Concorrência	Acima de R\$ 650.000,00	Acima de R\$ 1.500.001,00	30 dias (menor preço)

Fonte: Lei nº.8.666, de 21/6/93

2.5 O PROCESSO DE APRECIÇÃO E JULGAMENTO DA GESTÃO DA SAÚDE PELO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ

Com o objetivo de orientar tecnicamente as administrações municipais, o TCM-CE foi criado em 1954 com o nome de Conselho de Assistência Técnica dos Municípios.

Posteriormente, foi transformado em Conselho de Contas dos Municípios e, pela Emenda n. 09/1992 à Constituição Estadual, passou a Tribunal de Contas dos Municípios, com a organização, atribuições e competências previstas nos artigos 40/42 e 77/81 da Carta Estadual.

Atualmente está composto por sete conselheiros cujos cargos são vitalícios, com as mesmas garantias e prerrogativas dos Desembargadores Estaduais. Quatro desses membros são escolhidos livremente pela Assembléia Legislativa, um é da livre nomeação do Governador e os outros

dois são privativos de Procurador de Contas e Auditor. Essa regra é da responsabilidade da CF, válida, portanto, para todos os TCE.

O TCM tem o encargo de auxiliar as Câmaras Municipais no controle externo da Administração Municipal na fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial dos municípios.

Ao lado das questões da legalidade e da legitimidade, o Tribunal fiscaliza os aspectos de eficiência, eficácia e economicidade, com posterior análise e emissão de parecer sobre as contas do Executivo e julgamento das contas dos Administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos da administração direta e indireta.

Dentre as atribuições do TCM-CE destacam-se:

- Julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos da administração direta (...);
- Realizar, por iniciativa própria ou da Câmara Municipal, inspeções e auditorias de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, nas unidades administrativas dos poderes Legislativo e Executivo municipais e demais entidades instituídas e mantidas pelo erário Municipal;
- Aplicar aos responsáveis pela prática de ilegalidade de despesas, irregularidades de contas, atraso no envio da prestação de contas, as sanções previstas nesta lei, que estabelecerá, entre outras cominações, multa proporcional ao dano causado ao Erário.

Anualmente, as contas serão submetidas ao julgamento do Tribunal, sob a forma de tomada ou prestação de contas, as quais deverão ser apresentadas dentro das normas estabelecidas no Regimento Interno do TCM.

Integram as tomadas ou prestações de contas os recursos orçamentários e extra-orçamentários, independente de serem geridos ou não pelos administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos.

Nos casos de omissão no dever de prestar contas da aplicação dos recursos repassados aos municípios na forma definida na Lei ou na ocorrência de desfalque ou desvio de dinheiro, bens ou valores públicos, ou ainda da prática de qualquer ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico de que resulte dano ao erário, a autoridade administrativa competente, sob pena de responsabilidade solidária, deverá imediatamente adotar providências com vistas à instauração da **tomada de contas especial** para apuração dos fatos, identificação dos responsáveis e quantificação do dano.

2.5.1 Contas de Governo e Contas de Gestão

Existem dois regimes jurídicos de contas públicas: as contas de governo exclusiva para a gestão do Chefe do Poder Executivo (Prefeito) e as contas de gestão prestadas ou tomadas dos administradores de recursos públicos, dentre estes, o Gestor da Saúde.

Os Prefeitos são obrigados a enviarem às respectivas Câmaras e ao TCM até o dia 30 do mês subsequente, as prestações de contas mensais relativas à aplicação dos recursos recebidos e arrecadados por todas as Unidades Gestoras da administração municipal, mediante Sistema Informatizado, e de acordo com os critérios estabelecidos pelo TCM.

Incluído no rol de documentos enviados pelo Prefeito ao TCM está o Quadro Demonstrativo da Aplicação nas ações e serviços públicos de saúde.

As Contas de Gestão serão prestadas por todos os administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos da administração direta e indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo Poder Público Municipal, e as contas daqueles que derem causa à perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte prejuízo ao erário (Art. 78, inciso II da CE).

A Resolução do TCM, nº. 08 de 1988 conceitua Contas de Gestão como aquelas de responsabilidade dos administradores, ordenadores de despesa e demais responsáveis por bens, valores e rendas públicas, e todos os que arrecadarem, gerirem bens, valores, e rendas sobre as quais se estenda a jurisdição do Tribunal de Contas dos Municípios,

Fica claro, portanto, que todos aqueles que legitimamente praticarem atos e fatos de gestão que resultem na emissão de empenho, autorização de pagamentos, adiantamentos ou dispêndios de recursos são responsáveis e obrigados a prestarem contas ao TCM.

No caso dos responsáveis pelas unidades gestoras da administração direta a prestação de contas será apresentada ao TCM, anualmente, no prazo máximo de 120 (cento e vinte) dias, contados da data de encerramento do correspondente exercício financeiro (IN nº.03/1997/TCM).

O processo de prestação de contas de gestão será apresentado ao TCM com nítida separação, se for o caso, de responsabilidade entre gestores.

Constam ainda como resoluções da Instrução Normativa supracitada as seguintes recomendações do TCM-CE:

- Ocorrendo término de gestão decorrente da extinção da Unidade Administrativa, Órgão ou Entidade, bem como nos casos de falecimento ou exoneração do gestor, o prazo será contado a partir da respectiva data de encerramento das atividades;
- Sem prejuízo dos prazos definidos nos incisos anteriores, os responsáveis pelas Contas de Gestão deverão fornecer à contabilidade central do município, em prazo definido pelo Executivo Municipal, informações necessárias à consolidação do Balanço Geral da Prefeitura, para elaboração da Prestação de Contas de Governo;
- As Contas de Gestão de tesoureiros, pagadores e responsáveis por bens patrimoniais ou de almoxarifado integrarão as contas dos respectivos ordenadores de despesas respondendo estes solidariamente, se for o caso, por erros e omissões.

2.5.2 A Prestação de Contas da Gestão Municipal da Saúde

Os gestores da saúde devem compor e apresentar o processo de prestação de contas da sua gestão em conformidade com as determinações do TCM-CE, contidas no artigo 4º da Instrução Normativa-IN nº.03 de 1997 e seus anexos .

A referida IN determina que, integrarão os processos de Prestação de Contas de Gestão dos ordenadores de despesa e demais titulares mencionados no que diz respeito aos órgãos da administração direta municipal e do Poder Legislativo os seguintes elementos:

- I. Ofício de encaminhamento assinado pela autoridade competente, acompanhado da portaria de nomeação e/ou exoneração, caso esta última tenha ocorrido;
- II. Relação e cadastro dos responsáveis-modelos 01 e 02 anexos da IN;
- III. Balanços orçamentário, financeiro, patrimonial e demonstração das variações patrimoniais;
- IV. Demonstrativo dos adiantamentos concedidos (Suprimento de Fundos)- modelo 05;
- V. Demonstrativo das doações, subvenções, auxílios e contribuições concedidos, pagos ou não, quando for o caso-modelo 04;

- VI. Demonstrativo das responsabilidades não regularizadas, com a indicação das providências adotadas para sua regularização- modelo 05;
- VII. Quadro dos Restos a Pagar inscritos, discriminando os processados e não processados, identificando a classificação funcional programática e, ainda, a relação dos restos a pagar, pagos e os cancelados- modelo 06;
- VIII. Relatório do responsável pelo setor contábil-modelo07
- IX. Termo de conferência de caixa e conciliações bancárias- modelo 08;
- X. Cópia da primeira e última folha dos extratos das contas bancárias relativas ao período de gestão dos responsáveis.

A prestação de contas é composta ainda dos balancetes demonstrativos e da respectiva documentação comprobatória das receitas e despesas e, dos créditos bancários.

No processo de prestação de contas dos administradores públicos são observados prioritariamente: a correta elaboração e execução da administração orçamentária, as prioridades orçamentárias, o cumprimento dos percentuais constitucionais, a observância aos limites da Lei de Responsabilidade Fiscal, os recolhimentos previdenciários, os níveis de endividamento, os controles internos, dentre outras.

A prestação de contas do ano ou relativa ao exercício deve ser remetida pelo Prefeito à Câmara Municipal até 31 de janeiro e por esta ao Tribunal de Contas até 10 de abril, do ano subsequente.

Recebida a prestação de contas, o TCM-CE emitirá relatórios trimestrais, os quais serão enviados para os respectivos Gestores e disponibilizados para qualquer contribuinte quando solicitados.

O regimento interno do TCM-CE determina que as contas consistirão do balanço geral do município e do relatório de controle interno do Chefe do Executivo Municipal sobre a execução do orçamento e demais matérias.

O balanço geral abrangerá os registros de todos os órgãos e unidades orçamentárias, inclusive os da câmara municipal, fundos especiais e demais entidades da administração indireta, fundações instituídas ou mantidas pelo município.

Embora não seja da sua responsabilidade direta, é importante que os gestores da saúde sejam informados de que:

- A não aplicação mínima dos recursos nas ações e serviços públicos de saúde poderá acarretar intervenção do Estado no Município - inciso III do art. 35 da CF;
- Constitui-se exigência para o recebimento de transferências voluntárias (convênios), o cumprimento dos limites constitucionais relativos à Saúde - alínea b, inciso IV, § 1º, art. 25 da LRF;
- Para efeito dos cálculos das aplicações em Saúde serão consideradas as despesas liquidadas no exercício;

- O Parecer Prévio do Tribunal sobre as Contas de Governo do Município levará em consideração o cumprimento dos limites aplicados e, o seu descumprimento, enseja a desaprovação das contas do Prefeito.

Após apreciação e emissão de parecer prévio pelo Tribunal de Contas, as Contas de Governo são julgadas pelo respectivo Poder Legislativo.

Porém, as Contas de Gestão objeto deste estudo, são apreciadas e julgadas, exclusivamente, pelo Tribunal de Contas, não cabendo apreciação pelo Poder Legislativo. O Acórdão do TCM é de natureza jurisdicional, embora possa ser revista nos seus aspectos extrínsecos pelo poder Judiciário.

O Regimento Interno do TCM-CE determina no seu artigo nº 125 que as Contas de Gestão dos administradores e ordenadores de despesas, abrangerão tesoureiros, pagadores, almoxarifes, encarregados de depósitos e todos os demais responsáveis pela guarda e administração de bens e valores públicos.

As Contas de Gestão dizem respeito a execução da receita e despesa necessária a realização da administração pública. Nelas, são observados os seguintes itens, dentre outros:

- Correta execução da receita;
- Licitações e contratos;
- Execução de obras públicas
- Fracionamento de despesas;

- Correta administração de pessoal;
- Observância dos estágios da despesa;
- Controles internos adequados.

Para facilitar o processo de prestação de contas e o envio para o TCM-CE, as administrações municipais utilizam o Sistema de Informações Municipais-SIM, padrão de apresentação de informações por meio informatizado. Atualmente, este sistema contempla as informações dos orçamentos e das prestações de contas mensais possibilitando o reparo de falhas contábeis dentro do exercício de ocorrência.

Finalmente, sobre o processo de prestação de contas, é importante lembrar que o TCM poderá a qualquer tempo, solicitar quaisquer documentos e demonstrativos contábeis relativos à aplicação dos recursos recebidos e arrecadados.

2.5.3 Tomada de Contas

A Tomada de Contas é instaurada nos casos em que ocorre a omissão no dever de prestar contas; a não-comprovação da aplicação dos recursos; quando ocorrem denúncias; rejeição parcial ou total das contas; observação de desfalque ou desvios de dinheiro, bens ou valores públicos e, no sentido de apurar dano ao Erário decorrente de ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico.

Não ocorrendo a providência prevista, compete ao Tribunal de Contas instaurar a Tomada de Contas Especial-TCE e fixar o prazo para cumprimento desta decisão.

O Artigo nº.10 da IN nº.03 citada nos capítulos anteriores chama atenção para: “A autoridade administrativa competente, sob pena de responsabilidade solidária, deverá instaurar, de imediato, a TCE, comunicando o fato ao Tribunal de Contas, nos seguintes casos:

- I. Verificação de que determinada conta não foi prestada;
- II. Comprovação da aplicação de adiantamento, quando as contas do responsável pelo mesmo forem impugnadas pelo ordenador de despesas;
- III. Processo administrativo em que se apure extravio, perda, subtração ou deterioração culposa ou dolosa de valores, bens ou materiais do município, ou pelos quais este responda;
- IV. Término de gestão, por falecimento de tesoureiro ou pagador, almoxarife ou de responsável pela guarda de bens patrimoniais;
- V. Outras irregularidades que resulte dano ao erário.

Ocorrendo um dos fatos mencionados acima, a autoridade administrativa competente deve, sob pena de responsabilidade solidária, instaurar a Tomada de Contas Especial para apuração, identificação e quantificação do dano e, o imediato ressarcimento ao Erário.

Com fundamento no artigo 1º, item XV da Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará, Lei nº.12.160/93 as Tomadas de Contas Especiais por autoridade administrativa do município, serão remetidas ao Tribunal de Contas no caso do Item I (quando a conta não foi prestada) até sessenta dias após o prazo definido para a respectiva prestação de contas e, nos demais casos também, sessenta dias contados do conhecimento da decisão plenária ou da comunicação da autoridade competente.

Este prazo poderá ser prorrogado uma única vez, por trinta dias, mediante pedido tempestivo, devidamente justificado, encaminhado ao Tribunal de Contas.

Os processos de Tomada de Contas Especial-TCE serão constituídos, no que couber, dos elementos exigidos nos processos de Prestação de Contas, bem como do expediente de sua instauração, no qual deverá constar expressa menção quanto à data da comunicação ou do conhecimento do fato.

Ainda, nos termos da referida lei, integrarão a TCE o relatório de gestão, o relatório de tomada de contas, quando couber; o relatório e o certificado de auditoria ou inspeção interna com a relação das irregularidades ou ilegalidades constatadas, indicando as medidas que foram adotadas para corrigir as falhas encontradas.

As Tomadas e Prestações de Contas somente serão consideradas entregues oficialmente ao Tribunal se contiverem todas as peças exigidas devidamente formalizadas, podendo o setor competente, descumprida essa

condição, recusar o registro de protocolo e devolver o processo à origem, permanecendo o Órgão ou Entidade em situação de inadimplência no dever de prestar contas.

2.5.4 Fluxo e decisões do Tribunal nos Processos de Tomada ou Prestação de Contas de Gestão

O fluxo do processo de prestação de contas no TCM inicia pela entrada das peças processuais na Unidade de Protocolo do TCM. As peças processuais recebem uma numeração, no formato “XXXXX/aa” (cinco algarismos conforme numeração seqüencial e dois algarismos relativos ao ano de protocolo). Já os processo recebem um número no formato “AAAA.MMM.TTT.NNNNN/AA” onde “AAAA” é o ano da conta; “MMM” identifica o município; “TTT” é a sigla do processo: “NNNNN” é o número propriamente dito conforme seqüencial e AA é o ano do protocolo.

A partir daí, é o TCM que formará o Processo fim Principal de Prestação de Contas de Governo-PCG ou Prestação de Contas de Gestão-PCS que seguirão para análise e parecer inicial de um Conselheiro Relator que o encaminha para o Setor de Fiscalização. Cada processo tem a capa com cores diferentes, por exemplo para o PCG a cor é azul-clara; o PCS é laranja; e para a TCE a capa do processo tem a cor amarela.

Se detectada alguma irregularidade, o relatório inicial retorna ao Conselheiro Relator e este determina a Notificação, que é remetida pelos Correios através de Aviso de Recebimento em Mão Própria- ARMP. O

Gestor notificado tem o prazo de 15 dias para apresentar a sua defesa a contar da data do recebimento da Notificação.

O exame e julgamento da regularidade das contas de gestão são concluídos com a emissão de relatório com o resultado do julgamento. Os autos são convertidos em diligência dirigidas àqueles que tiveram as contas aprovadas com ressalva ou desaprovadas para que possam apresentar as justificativas e os documentos visando elidir as incorreções encontradas.

As contas serão consideradas:

- I. Regulares, quando expressarem de forma clara e objetiva, a exatidão dos demonstrativos contábeis, a legalidade, a legitimidade e a economicidade dos atos do responsável;
- II. Regulares com Ressalva, quando evidenciarem improbidades administrativas ou qualquer outra falta de natureza formal, ou ainda a prática de ato ilegal, ilegítimo ou antieconômico que não seja de natureza grave e que não represente injustificado dano ao Erário;
- III. Irregulares, quando comprovadas quaisquer das seguintes ocorrências:
 - a) Omissão no dever de prestar contas,
 - b) Grave infração à norma legal ou regulamentar de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial;
 - c) Injustificado dano ao Erário, decorrente de ato ilegítimo ou antieconômico;

d) Desfalque, desvio de dinheiro, bens ou valores públicos.

O Tribunal poderá considerar irregulares as contas no caso de reincidência no descumprimento de determinação de que o responsável tenha tido ciência, feita em processo de tomada ou prestação de contas, através de documentação escrita.

Quando as contas são consideradas regulares, o Tribunal mediante solicitação, concederá certidão à parte interessada.

Verificada irregularidades nas contas, o Relator definirá a responsabilidade individual ou solidária pelo ato e o TCM remete a documentação ao gestor/ordenador do Fundo, através da Empresa de Correios, por ARMP.

Normalmente e na dependência do grau de irregularidade é dado o prazo de quinze dias a contar da data de recebimento da comunicação com o parecer inicial.

Se houver débito, o relator do Tribunal ordenará a audiência do responsável para no prazo estabelecido no regimento interno, apresentar defesa ou recolher a quantia devida. Se não houver débito, determinará prazo para o responsável apresentar razões de justificativas.

O responsável cuja defesa for rejeitada pelo TCM-CE será cientificado para em novo e improrrogável prazo, estabelecido no regimento interno, recolher a importância devida, sob pena de inscrição do débito na Dívida Ativa devidamente atualizada.

2.5.5 Julgamento e Recursos

Ao julgar as contas o TCM-CE decidirá conforme o caso, sobre a responsabilidade civil dos gestores.

Nos processos de julgamento de contas de gestão será assegurada ampla defesa ao responsável, admitidos os recursos de: Embargos de Declaração; Reconsideração e Revisão.

Cabem Embargos de Declaração, com efeito suspensivo, quando houver na decisão, obscuridade ou contradição e ainda, quando for omitido ponto sobre o qual deveria pronunciar-se o Relator ou o Tribunal. Serão apresentados no prazo de cinco dias contados da intimação recebida da decisão recorrida, em petição dirigida ao Relator, com indicação do ponto obscuro, contraditório ou omissivo.

O Recurso de Reconsideração que terá efeito suspensivo será julgado pelo Pleno e poderá ser formulado uma só vez, por escrito, pelo responsável ou por Procurador de Contas, dentro de trinta dias.

Às contas de gestão que por decisão do TCM forem julgadas em definitivo, **objeto desse estudo**, caberá recurso de revisão interposto pelo responsável, seus herdeiros, sucessores ou por Procurador de Contas, no prazo de cinco dias, a partir da publicação da decisão, a qual se fundamentará:

- a) Em erro de cálculo que tenha influído de modo decisivo para a desaprovação das contas, ou que tenha sido considerado para fins de imputação de débito ou multa;

- b) Na comprovação de que a decisão recorrida se baseou na falsidade ou insuficiência de documentos;
- c) Na supervisão de documentos novos, cuja existência ignorava ou deles não pôde fazer uso, capazes, por si só, de editar os fundamentos da decisão;
- d) Na errônea identificação do responsável.

Portanto, na seqüência das defesas das diligências e pareceres sobre as irregularidades e o seu agravamento podem ocorrer: Recurso de Reconsideração, Recurso de Revisão, Recurso de Embargo de Declaração, Pedido de Reexame, Pedido de Prorrogação de Prazo, Parcelamento do Débito, Reapresentação ao Ministério Público, Edital de Convocação em Diário Oficial e registro na Dívida Ativa no Município.

Caso sejam reconhecidos pelo Tribunal a boa fé, se a liquidação do débito ocorrer no prazo estabelecido com atualização monetária e, se não forem observadas outras irregularidades nas contas, o procedimento será sanado e o processo encerrado.

O responsável que não atender à citação ou audiência do Tribunal será julgado à revelia. As decisões do Tribunal, em matéria de sua competência, têm força declaratória e obrigam o Ordenador de Despesa/ Gestor da Saúde ao seu cumprimento, sob pena de responsabilidade.

Assim, quando o gestor da saúde apresentou a sua defesa e esta não foi capaz de elidir totalmente as falhas apontadas, o TCM envia-lhe o acórdão com o parecer da Procuradoria daquele Tribunal indicando a desaprovação das Contas e sugerindo a aplicação de multa e nota de

improbidade administrativa. A Câmara, formada pelos Conselheiros e Procurador de Contas do Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará, fundamentada pela Lei Estadual de nº 12.160/93 e a Lei Federal nº 8.429/92 aplica multa e julga a improbidade administrativa, respectivamente.

Sobre as decisões definitivas do julgamento das contas da gestão da saúde e as penalidades imputadas ao seu responsável direto, a Constituição Federal de 1988 determina:

“Os atos de improbidade administrativa importarão na suspensão dos direitos políticos, na perda da função pública, na indisponibilidade dos bens e o ressarcimento ao erário, na forma e gradação previstas em lei, sem prejuízo da ação penal cabível” (parágrafo 4º, do inciso XXII, art. 37 da CF).

A desaprovação das contas impõe aos gestores e membros da comissão de licitação as seguintes sanções e legislação correspondente:

- Gestores: Restituição aos cofres públicos dos prejuízos causados ao município (incisos I, II e III, art.12, Lei nº 8.429/02; e inciso II, art.150, Resolução/TCM nº08/98);
- Gestores e Comissão de Licitação: Pagamento de multas aplicadas pelo Tribunal de Contas (incisos I, II e III, art.12, Lei nº 8.429/02; arts.89,91,92,93,95,97,98, Lei nº 8.666/93; arts. 54,55 e 56, Lei 12.160/93-LOTAM; e inciso II, §1º, inciso II, § 4º, art.150 e 152 da Resolução/TCM nº08/98);

- Gestores: Perda de bens, via judicial (incisos I,II e III, art.12, Lei nº 8.429/02; e art.59, Lei nº12.160/93- LOTCM);
- Gestores: Inelegibilidade (incisos I,II e III, art.12, Lei nº 8.429/02);
- Gestores e Comissão de Licitação: Inabilitação para o exercício de cargo em comissão ou função gratificada por prazo não superior a 5 anos (incisos I,II e III, art.12, Lei nº 8.429/02; e arts. 58 e 59, Lei nº12.160/93- LOTCM);
- Comissão de Licitação: Demissão na forma da lei (incisos I,II e III, art.12, Lei nº 8.429/02; e art.58, Lei nº12.160/93- LOTCM);
- Gestores e Comissão de Licitação: Detenção de 3 meses a 5 anos (artigos nº: 89,91,92,93,95,97,98, Lei nº 8.666/93).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL:

Caracterizar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará-TCM.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

3.2.1 Identificar os processos de Prestação de Contas de Gestão e Tomada de Contas de Gestão da saúde de municípios do Estado do Ceará, exercício 2001-2004, desaprovadas em decisão definitiva;

3.2.2 Identificar as causas das desaprovações das Contas de Gestão e Tomadas de Contas de Gestão de Unidades Gestoras da Saúde, dos municípios do Estado do Ceará, segundo o julgamento do TCM.

3.2.3 Identificar as causas das desaprovações das Contas de Gestão e Tomadas de Contas de Gestão de Unidades Gestoras da Saúde dos municípios do Estado do Ceará, na visão do gestor municipal da saúde.

3.2.4 Identificar as causas das desaprovações das Contas de Gestão e Tomadas de Contas de Gestão de Unidades Gestoras da Saúde dos municípios do Estado do Ceará, na visão do Contador ou representante da assessoria contábil.

4. MÉTODOS

A pesquisa, de natureza descritiva e analítica foi desenvolvida no Estado do Ceará e deriva de questões quantitativas e qualitativas sobre a Prestação de Contas e Tomadas de Contas da gestão municipal da saúde julgadas e desaprovadas em definitivo pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará (TCM).

Autores como Goode e Hatt (1973), afirmam que:

“A pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos qualitativos e quantitativos, ou entre ponto de vista estatístico e não estatístico. Além disso, não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua a ser uma qualidade”.

A investigação se baseou na verificação das causas dessas desaprovações na visão do TCM, na visão dos gestores municipais da saúde, contadores ou assessores de contabilidade, implicados.

Elegeu-se para análise o período de 2001 a 2004 que representa um mandato da gestão municipal. Durante esse período a pesquisadora esteve como Secretária de Saúde de um município de médio porte, da região metropolitana de Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

O Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM-CE), em Fortaleza, foi o campo utilizado para coleta de informações, conhecimento da legislação básica sobre controle na administração pública municipal e para acesso de outros documentos.

O deferimento e apoio dos dois Presidentes do TCM-CE em exercícios no período do estudo e a colaboração dos conselheiros e técnicos daquele Tribunal foram importantes para o acesso aos documentos, informações e instruções necessárias, em todos os momentos da pesquisa.

LAVILLE e DIONNE (1999) citam que o trabalho de análise já se inicia com a coleta dos materiais e não é acumulação cega e mecânica. À medida que colhe as informações, o pesquisador elabora a percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado,

Na fase exploratória da pesquisa de campo a leitura da bibliografia, das leis, publicações avulsas, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses e até os meios de comunicação eletrônica contribuíram para a fundamentação teórica, aprofundamento do conhecimento e a compreensão da realidade.

LUDKE e ANDRÉ (1986) afirmam que a análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.

As consultas preliminares com Conselheiros e Técnicos do TCM-CE esclareceram sobre as competências e atribuições do Tribunal, as instruções normativas vigentes, os documentos que compõe a prestação de contas da gestão municipal da saúde, os responsáveis e os prazos para entrega mensal e anual da documentação, naquele Tribunal.

Para a consecução do **primeiro objetivo específico** de identificar os processos das contas de gestão julgadas e desaprovadas em definitivo,

foram utilizadas as informações do Sistema de Gerenciamento de Processos do TCM-SGP, emitidas às 09h06min do dia 8 de setembro de 2008 por meio de Relatório impresso e entregue pela Secretaria do próprio Tribunal, em resposta à solicitação oficial da pesquisadora.

O relatório informa a existência de 205 processos de Prestação de Contas de Gestão e Tomada de Contas de Gestão de 107 municípios do Estado do Ceará (58%) e respectiva unidade gestora da saúde em exercício no período de 2001 a 2004, julgados em decisão definitiva, até aquele momento.

A investigação teve início com a verificação das peças processuais e análise do conteúdo final das decisões proferidas pelo TCM para o levantamento das irregularidades que causaram as desaprovações das contas.

Por questões operacionais inerentes ao próprio Tribunal, foram examinados 194 processos, ou seja, 95% do universo, o que representa uma amostra significativa de processos examinados.

Nesta etapa, foi possível ainda, a identificação da frequência e reincidência das desaprovações das prestações de contas ou tomadas de contas de gestão dos municípios envolvidos, por ano de exercício.

A verificação e análise criteriosa de cada um desses processos serviram para a identificação das irregularidades apontadas pelo TCM para a desaprovação das contas de gestão ou tomadas de contas de gestão, julgadas em definitivo, **objetivo específico número dois da pesquisa.**

Esta etapa aconteceu de setembro a outubro de 2008, em espaço físico reservado no próprio TCM.

Através de formulário específico da instituição, a pesquisadora, com antecedência mínima de 24h, solicitava à Secretaria do TCM o desarquivamento e acesso aos processos, que eram identificados pela sua numeração. As solicitações foram justificadas e assinadas pela pesquisadora.

A consecução desse objetivo em tempo hábil foi possível graças ao apoio de um aluno da disciplina Contabilidade Pública I do Curso de Contabilidade da Universidade Federal do Ceará, que colaborou na coleta dos dados e na tradução dos termos contábeis.

As causas das desaprovações das Contas de Gestão e Tomadas de Contas de Gestão na visão do gestor municipal da saúde e do contador ou assessor contábil, **terceiro e quarto objetivos**, foram identificadas através da realização de entrevistas individuais com perguntas fechadas e abertas dirigidas aos Secretários de Saúde e Contadores e Assessores da Contabilidade, responsáveis pela gestão e prestação das contas desaprovadas.

A opção pela entrevista semi-estruturada partiu da necessidade de maior aproximação das significações, maior abertura na investigação e busca das causas das desaprovações das contas na visão de cada um dos grupos entrevistados.

As perguntas fechadas e abertas possibilitaram aos entrevistados, discorrerem livremente mas, sem deixar de pronunciarem-se sobre as questões centrais que envolvem a pesquisa.

Um questionário para servir de guia e condução da entrevista foi elaborado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da FSP/USP e ESP/CE. Porém, dependendo da pessoa entrevistada se gestor da saúde ou contador, outras perguntas desencadeadoras foram feitas como convite à descrição da situação vivenciada pelos mesmos.

Os roteiros previamente executados, segundo TRIVIÑOS (1987, p.146), partem de “certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, além de oferecerem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante”.

Ressalta-se que houve certa dificuldade de localizar os gestores de saúde ou ordenadores de despesas implicados no período. Aqueles que “ousam” continuar na função, comumente não permanecem no município de ocorrência da desaprovação das suas contas.

Outras dificuldades ocorreram pela inexistência de alguns endereços e o fato do profissional não mais trabalhar nem residir no local que consta no processo do TCM.

Cinco gestores alegaram pouca disponibilidade e três agendavam e desmarcavam em seguida, demonstrando, “aparente desinteresse” em participar da pesquisa.

Em relação ao pessoal responsável pela contabilidade, é comum prestarem assessoria a um número elevado de municípios quer seja como pessoa física ou através de Empresa de Contabilidade. O critério de escolha dos entrevistados foi com base nesta condição e por estarem no período em análise, em mais de dois municípios implicados.

Foram entrevistados um total de dez pessoas sendo dois homens e oito mulheres que ocuparam o cargo de Gestores da Saúde no período compreendido entre 2001 e 2004, nos municípios cearenses que tiveram suas contas desaprovadas pelo TCM-CE. Do mesmo modo foram entrevistados dois representantes de duas grandes Empresas de Contabilidade com o domínio de cerca de 40% dos municípios implicados além de dois outros contadores autônomos responsáveis por cinco dos municípios alvo do estudo, todos homens.

Assessor de contabilidade ou contador entende-se a pessoa que no período do estudo foi responsável pela contabilidade e prestação de contas do município implicado, independente se contador, técnico, autônomo, funcionário da Prefeitura ou ligado a Empresa que prestava Assessoria Contábil.

Cada entrevista durou cerca de uma hora, pois, além de responderem amplamente as perguntas formuladas, todos os entrevistados falaram livremente sobre o problema em tese, resultando em grandes contribuições para este trabalho.

A amostra foi se mostrando representativa na medida em que as respostas durante as entrevistas foram se repetindo.

O conteúdo e significado das falas foram substanciais para caracterizar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde, objetivo principal da pesquisa.

Com autorização prévia dos participantes as entrevistas foram gravadas com o uso de gravador comum obtendo-se um total de onze fitas cassetes sendo que, a fita contendo a gravação das entrevistas de dois gestores apresentou defeito não sendo possível a sua transcrição. Porém, a escuta atenta da pesquisadora captou informações importantes para o alcance dos objetivos das entrevistas.

Autores como VIEIRA; DIAS, 1994 e MINAYO, 1996 falam que a interação do entrevistador com o seu entrevistado não é somente de coleta de informações carregada de passividade, mas, uma situação de envolvimento dependente das relações pessoais apresentadas e sujeitas ao dinamismo das relações sociais existentes.

Por envolver seres humanos, a pesquisa seguiu rigorosamente as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas, aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº196 de 1996 (BRASIL, 1996a).

Para tal, além do consentimento dos dois Presidentes do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará em exercício na fase de levantamento dos dados, todas as pessoas que por adesão voluntária aceitaram participar da entrevista, foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Continua em sigilo e anonimato a identificação dos informantes.

4.1 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUANTITATIVOS

Para facilitar a análise dos dados quantitativos e a obtenção dos resultados do primeiro objetivo (**identificação dos processos**), foi elaborada uma planilha (anexa), com a relação dos 184 municípios do Estado do Ceará classificados pela autora como de pequeno porte, até 30 mil; médio porte de 31 a 100 mil e grande porte, mais de 100 mil habitantes de acordo com a população estimada pelo IBGE para o ano de 2001.

A situação dos municípios em cada ano do período analisado 2001, 2002, 2003 e 2004 está informada nas colunas da planilha anexa através de sinalização com (X) se a gestão municipal da saúde teve sua Prestação de Contas julgada e desaprovada em definitivo, com (*) se por Tomada de Contas de Gestão e, com os dois sinais se o município foi implicado no mesmo ano pelas duas categorias.

Desta forma, foi possível o levantamento das ocorrências pelo porte populacional e a frequência das reincidências, por ano.

O resultado da verificação dos processos para o levantamento das irregularidades que ocasionaram as desaprovações das contas apontadas nos acórdãos do TCM foi organizado numa planilha que apresenta o ranking e as frequências absolutas e relativas destas irregularidades (anexo).

As anotações feitas no útil e inseparável diário de campo durante todo o trabalho de campo serviram para complementar os dados colhidos nas entrevistas, contribuir na escolha das categorias, alcançar os objetivos específicos e obter elementos para os resultados finais da pesquisa.

4.2 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS

O processamento dos dados qualitativos iniciou-se com as transcrições das fitas que foram feitas preferencialmente pela autora para garantir a fidedignidade e melhor aproveitamento das informações. O resultado das transcrições de cada entrevista foi impresso e lido com muita atenção por mais de uma vez.

Para análise dos dados e a sistematização dos resultados, foram identificadas categorias analíticas com seus respectivos comentários (descritores, falas) que permitiram desvelar o sentimento das pessoas implicadas, além de facilitar a compreensão dos "por quês" das desaprovações das contas da gestão municipal da saúde na visão dos dois grupos de entrevistados.

A interpretação das categorias teve como pano de fundo a experiência vivenciada pela pesquisadora na luta em defesa própria, das diligências provocadas pelo TCM relativas à prestação das contas de gestão de três anos dos quatro que passou como Secretária Municipal de Saúde no período de 2001 a 2004.

A categorização dos dados que surgiram foi organizada em quadros demonstrativos das unidades de significados e razões expressas pelos dois grupos de entrevistados gestores e assessores de contabilidade.

As categorias analíticas dos dois grupos de entrevistados foram comparadas para a interpretação e identificação das concordâncias e da visão singular de cada um dos grupos entrevistados. Estas observações estão dispostas nas colunas e linhas dos quadros desenhados e interpretados adiante.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PROCESSOS, OCORRÊNCIAS E CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS COM CONTAS DA GESTÃO DA SAÚDE DESAPROVADAS EM DECISÃO DEFINITIVA.

Os resultados a seguir identificam e caracterizam os processos, os municípios com contas desaprovadas e as ocorrências em cada ano de exercício, objetivo um do estudo.

Os dados e informações coletados na pesquisa mantêm relativa semelhança com os resultados do balanço geral do Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará, publicado na página 7 do informativo n.57, ano XV, bimestre julho e agosto de 2008, que afirma:

As três instâncias deliberativas do Tribunal de Contas dos Municípios do Ceará (TCM)-Pleno, 1ª e 2ª Câmaras encerram agosto com um acumulado de 1.164 processos julgados, o que dá uma média de 97 por sessão. De janeiro a agosto as deliberações realizadas somaram 4 mil 891 processos.

(...) Foram julgadas mais de 2 mil contas de gestão em 2008, considerando-se o somatório de prestações de contas de gestão e tomadas de contas de gestão. Os 4 mil 891 processos julgados e apreciados pelos conselheiros de janeiro a agosto de 2008 estão assim distribuídos: prestações de contas de governo, 152; **prestações de contas de gestão (*grifos meus*)**, 1 mil 579; **tomadas de contas de gestão**, 454; **tomadas de contas especiais**, 244; aposentadorias, 599; pensões, 187; denúncias, 24; provocações, 23; representações, 11; e recursos, 1 mil 536.

(...) Quanto as 1 mil 579 **prestação de contas de gestão julgadas**, 1 mil 099 (**69,29%**) foram consideradas irregulares, índice considerado ainda muito alto. No que diz respeito às 454 **tomadas de contas de gestão**, os conselheiros consideraram **irregulares 372 (82,30%)** delas, índice igualmente preocupante.

O presente estudo também revelou resultados preocupantes, descritos a seguir.

Como resultado do objetivo um deste estudo tem-se que, do universo de 184 municípios do Estado do Ceará, 107(58%) tiveram as contas da gestão da saúde desaprovadas em um ou mais anos entre 2001 e 2004, contas estas julgadas em definitivo pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará (TCM-CE).

As prestações de contas de gestão são julgadas nas câmaras do Tribunal de Contas, podendo receber os seguintes julgamentos: Aprovadas por estarem regulares ou regulares com ressalva e, desaprovadas quando consideradas irregulares (incisos I,II e III, art. 13, Lei n. 12.10/93- LOTCM; inciso I, art.28, Resolução/TCM n.08/98).

Nos processos de apreciação e julgamento de contas cabem os recursos de reconsideração e revisão.

Por esta razão, no período em análise, além dos 107 municípios alvo da pesquisa, acredita-se que outros tiveram suas contas da saúde consideradas como irregulares. Porém, para efeito deste estudo, foram considerados apenas aqueles cujas contas tiveram parecer e julgamento final não sendo mais possível naquela instância, pedido de revisão, reexame ou reconsideração.

Considerando-se o tamanho da população estimada pelo IBGE para o ano de 2001, primeiro ano do mandato em análise, foi feita uma classificação dos municípios por porte populacional segundo as seguintes categorias: Pequeno Porte- até 30 mil habitantes, Médio Porte- de 31 a 100 mil e Grande Porte acima de 101 mil habitantes(anexo).

Dos 107 municípios implicados, 76 (70,04%) são de pequeno porte, 30 (28,04%) de médio porte e apenas 1 (0,93%) de grande porte.

A elevada incidência nos municípios de pequeno porte é provocada pelas dificuldades de exercerem a função gerencial da “coisa” pública principalmente no que se refere ao processo de gestão orçamentária e financeira, com destaque para a prestação de contas, dentro dos ditames legais.

Esta dificuldade “dos pequenos municípios” que são maioria em todo o país é mais percebida e advém do fato de que, a descentralização da gestão e o aumento crescente das responsabilidades que lhes estão sendo atribuídas não foram paralelamente acompanhadas da infra-estrutura e capacitação necessária dos administradores públicos para assumi-las. Constatação esta corroborada pelas falas dos entrevistados:

Os gestores da Educação e da Saúde são sempre mais sobrecarregados que os outros porque recebem normas do TCM e da própria legislação de contabilidade além do que, têm muitas outras coisas para fazer(...)

(Assessor da contabilidade)

Então assim, nesse trabalho contábil eu acho e continuo dizendo que tem que haver uma preparação da equipe de gestão da saúde do município. Como você gerir o dinheiro da saúde?

(Gestora da Saúde)

O processo licitatório, por exemplo, dentro do município, eu não sei como é que é feito né? A gente não sabe exatamente de que forma se dão os processos de licitação.

(Gestora da Saúde)

Eu não sei exatamente quando é remetido o balancete... Não sei exatamente qual é a periodicidade se é trimestral ou se é bimestral. Eu não sei exatamente assim de lhe dizer agora se a prestação de contas é mensal...

(Gestor da Saúde)

A Prestação de Contas de Gestão por parte dos administradores e demais responsáveis por dinheiro, bens e valores públicos da administração direta ou unidade gestora da Saúde no caso em estudo, é anual e deve ser apresentada ao TCM para julgamento até 120 dias contados da data de encerramento do exercício, extinção da Unidade Administrativa, exoneração ou falecimento do Gestor.

A Tomada de Contas Especial é instaurada pela autoridade competente nos seguintes casos: quando determinada conta não foi prestada; quando impugnadas pelo ordenador de despesas; quando de processo administrativo para apurar extravio, perda, subtração ou deterioração culposa ou dolosa de valores, bens ou materiais do município; término de gestão, por falecimento de tesoureiro ou pagador, almoxarife ou de responsável pela guarda de bens patrimoniais; outras irregularidades resultantes de atos ilegais, ilegítimos ou antieconômicos que causem danos ao erário (art.9, Lei nº.12.160/93-LOTCM; art.131,Resolução/TCM n. 08/98-RI; e incisos, art. 10, IN/TCM n. 03/97.

O relatório do Sistema de Gerenciamento de Processos-SGP cedido pelo TCM serviu de localização dos processos objeto do estudo e registra no período em análise, 205 processos de Prestações de Contas de Gestão da Saúde-PCS ou Tomadas de Contas de Gestão/TCE de Unidades Gestoras da Saúde, exercícios 2001 a 2004, desaprovadas em decisão definitiva.

Entende-se por processo o conjunto de peças processuais necessariamente formados pelo TCM que os utiliza como instrumento para emissão de parecer, julgamento das contas e registros de atos. As peças

formam os processos, e podem ser produzidas tanto pelo TCM quanto pelos gestores e interessados e são constituídas por ofícios, justificativas, requerimentos, etc.

Dos 205 processos alvo desse estudo, foram examinados 194(95%) sendo que 162(83,50%) referem-se à Prestação de Contas de Gestão-PCS e 32(16,50%) à Tomada de Contas Especial-TCE com a seguinte ocorrência em cada ano do período: no ano 2001 foram gerados 66 processos sendo 55 de PCS e 11 de TCE; em 2002, 54 processos sendo 44 PCS e 10 TCE; ano 2003, 49 processos sendo 41 PCS e 8 TCE e no ano 2004, 25 processos sendo 22 PCS e 3 TCE.

A distribuição das 205 ocorrências de Prestação de Contas ou Tomadas de Contas de Gestão desaprovadas nos quatro anos do mandato da gestão municipal foi: no ano 2001, 60 (29,3%); ano 2002, 62 (30,2%); ano 2003, 53 (25,9%) e ano 2004, 30 (14,6%) envolvendo o gestor da saúde de 107 municípios do Ceará.

Pode ser percebido que o número de ocorrências e municípios implicados decresce a cada ano do período. Sendo que, nos dois primeiros anos do mandato ocorreram 59,05% enquanto que no último ano houve uma redução importante do número de municípios com contas desaprovadas em definitivo, em relação aos anos iniciais.

A reincidência das irregularidades nas prestações ou tomadas de contas com desaprovações definitivas ocorreu em 50 municípios, o que equivale a 47% dos implicados no período em análise sendo que, nove municípios foram reincidentes em três anos a partir de 2002, treze

municípios em dois anos, 28 municípios reincidiram uma vez e 57 municípios (53%) não foram reincidentes.

A análise da frequência e das reincidências das ocorrências à partir do primeiro ano do período correspondente a um mandato da gestão municipal mostra que, as desaprovações ocorrem com mais frequência nos dois primeiros anos e a reincidência das falhas diminui em menos da metade nos dois últimos anos do mesmo mandato.

Este comportamento pode ser justificado em função de uma série de variáveis tais como: melhoria do conhecimento e interesse do gestor penalizado; ampliação da responsabilidade e controle interno da saúde com o processo de prestação de contas; maior capacitação da assessoria contábil, recursos de (re) consideração mais consistentes; maior flexibilidade do TCM nos julgamentos.

Em relação à Unidade Gestora, aparecem no relatório do SGP, várias denominações com as seguintes frequências: Fundo Municipal de Saúde, Fundo Mun. Saúde ou Fundo de Saúde Municipal aparecem 114 vezes (55,6%); Fundo Saúde e Funde de Saúde, 66 vezes(32,2%). Com a menor frequência (9,8%) o nome da Secretaria de Saúde é citado e aparece no relatório do Sistema apenas 20 vezes como: Fundo Secretaria Municipal de Saúde, Fundo da Secretaria de Saúde, Sec. Saúde, Secretaria Municipal de Saúde ou Secretaria de Saúde.

Embora a Unidade Gestora própria da saúde apareça com mais frequência não significa que o gestor da saúde tem plena autonomia no processo da gestão orçamentária e financeira.

Na atualidade, muitas vezes a unidade administrativa ou Secretaria e/ou o Fundo Municipal da Saúde não dispõem do seu CNPJ e utilizam o da Prefeitura ficando na dependência dos setores administrativos e/ou do próprio Prefeito. Essa condição nega ao Secretário da Saúde a autonomia e a responsabilidade direta na gestão da saúde e na prestação de contas, atribuídas por lei.

No entanto, a Constituição Federal determina que a direção do SUS é única, sendo exercida em cada esfera de governo e, no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Há ainda respaldo legal para o reconhecimento dos Fundos de Saúde como unidades orçamentárias. A Lei Federal nº 4.320/64 no seu artigo n.14 afirma: “Constitui unidade orçamentária o agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias”.

A Instrução Normativa nº 748, de 28 de junho de 2007 da Secretaria da Receita Federal no seu Artigo 11, Inciso I, considera como unidade gestora de orçamento aquela autorizada a executar parcela do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

O Decreto do Governo do Estado do Ceará, nº 29.981, de 30 de novembro de 2009 que trata sobre a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, dispõe no seu artigo 2º que essa transferência fica condicionada à existência de Fundo Municipal de Saúde inscrito na Secretaria da Receita Federal com CNPJ do próprio Fundo, além de outras exigências.

5.2 IRREGULARIDADES APONTADAS PELO TCM COMO CAUSAS DAS DESAPROVAÇÕES DAS CONTAS DA GESTÃO MUNICIPAL DA SAÚDE

O resultado da análise dos 194 processos permitiu a identificação das irregularidades apontadas pelas Câmaras do TCM que resultaram nas desaprovações em julgamento definitivo das contas de 107 municípios, **segundo objetivo desse estudo.**

Os dados consolidados em planilha (anexa), mostram que, as causas relacionadas **à licitação** ocupam o primeiro lugar no “ranking” das freqüências das causas seguido por falhas relacionadas à contabilidade e ausência do repasse das consignações e contribuições previdenciárias: INSS dos servidores, IRRF, ISS, além de outras causas que por sua natureza passam muito longe do “olhar” responsável do gestor da saúde.

Dentre as causas relacionadas à licitação estão: a ausência de licitação para despesas com serviços, aquisição de materiais, contratação de pessoa física ou jurídica; falhas no processo licitatório e o não envio dos documentos inerentes ao processo.

O TCM aponta como irregularidade a ausência dos seguintes documentos comprobatórios da existência da licitação:

- Solicitação de compra ou serviço pelo setor/departamento interessado;
- Autorização do ordenador da despesa para proceder à licitação;

- Confirmação de existência de saldo orçamentário para proceder à licitação;
- Portaria de nomeação da Comissão de Licitação;
- Projeto inicial que antecede a licitação, inclusive pesquisa de mercado;
- Edital, minuta do contrato e demais anexos, com parecer técnico ou jurídico;
- Protocolos de entrega do edital;
- Documentação de habilitação dos licitantes;
- Ata de abertura da fase de habilitação e da fase de proposta de preço;
- Ata de abertura da 2ª Reunião (fase de classificação e de julgamento das propostas de preços), se houver;
- Termo de desistência de recursos (se houver);
- Documentação de proposta de preços;
- Comprovantes de publicidade do julgamento das propostas na imprensa oficial às empresas licitantes;
- Comprovantes de publicidade das propostas através do edital;
- Parecer Jurídico, mantendo a falha e,
- Cópias dos contratos assinados (quando houver).

Ora, se existe uma Comissão de Licitação nomeada pela administração com a responsabilidade de realizar todos os procedimentos relativos à licitação tais como receber, examinar, julgar e ajuntar os documentos específicos, como se admitir que o gestor da saúde seja

penalizado por estas falhas? Ainda mais, se a Lei de Licitação, no §3º do art. 51, afirma que os membros da Comissão de Licitação responderão, solidariamente, por todos os atos praticados (...) porque o gestor ser o principal responsável por esta omissão?

Estes resultados estão expressos no próximo quadro na ordem de maior para menor frequência, onde o “n” significa o número de vezes que a irregularidade foi citada nos 194 processos.

QUADRO 5 - Irregularidades relacionadas à licitação e contratos:

Ausência de licitação ou falhas no processo licitatório n= 542	
Material médico hospitalar, expediente, gêneros alimentícios, limpeza, gás, oxigênio, material de construção, peças	106
Profissionais para atividades fins na saúde	97
Combustível	71
Aquisição de medicamento	65
Material, equipamento hospitalar, odontológico e aquisição de uma bicicleta	52
Ausência de contratos para empréstimo a servidores; prestação de serviços e contrato colocando recursos públicos como garantia	49
Contratação de assessorias e consultorias contábil, jurídica e de saúde	37
Frete, transporte de pessoas e locação de veículo	30
Outros serviços	21
Serviços assistenciais em saúde	14

As principais irregularidades sob a responsabilidade da Comissão de Licitação são da maior gravidade por ferirem a Lei Federal n.8.666 que trata do Estatuto das Licitações e Contratos da Administração Pública.

No segundo lugar no ranking, aparecem as irregularidades mais afetas a competência e responsabilidade do setor de contabilidade, descritas no quadro abaixo.

QUADRO 6 - Irregularidades relacionadas á contabilidade:

Relacionados à contabilidade n= 327	
Divergência na conta de restos a pagar, ausência da comprovação da despesa orçamentária e extra-ornamentaria, divergência de saldo financeiro, presença de saldo negativo de contas, ausência de comprovação de saldo financeiro, divergência entre a despesa orçamentária empenhada e a despesa evidenciada nas notas de empenho, dentre outras.	189
Balancetes mensais enviados fora do prazo, prestação de contas enviada incompleta, não enviada ou enviada incorreta; SIM não enviado, enviado fora do prazo ou com informações divergentes, dentre outras	138

As irregularidades sob a responsabilidade do setor de Contabilidade, atestam desobediência aos quatro eixos de apoio da Lei de Responsabilidade Fiscal: planejamento, transparência, controle e responsabilização e ferem ainda, o artigo 53 da referida Lei.

O artigo n. 53 da LRF referido anteriormente trata da obrigatoriedade da elaboração e envio dos relatórios resumidos da execução orçamentária que são: a apuração da receita corrente líquida, sua evolução, assim como o seu desempenho até o final do exercício; os restos a pagar; os valores inscritos; os pagamentos realizados e o montante a ser pago.

A incidência desse tipo de falha leva a crer que os planos orçamentários foram feitos apenas para cumprir a formalidade legal não servindo de base de planejamento e equilíbrio financeiro, haja vista que foi constatada a falta de convergência das despesas orçadas, empenhadas e evidenciadas nas notas de empenho, como exemplos da falta de planejamento.

O não envio dos relatórios da gestão fiscal, o envio fora do prazo ou enviados com erros são indícios da falta de transparência e controle.

Outra grave irregularidade apontada pelo TCM como causa das desaprovações das contas da gestão municipal da saúde é o não recolhimento das consignações e contribuições previdenciárias e o não repasse (n= 213) do INSS dos servidores (85), IRRF(59), ISS(44), contribuição sindical, indenizações, restituições, pensão alimentícia, salário família, multas e valores dos rendimentos.

Estes erros caracterizam descaso da administração pública que recolhe os valores de contribuições previdenciárias através da retenção direta nas folhas de pagamento dos servidores e não repassa para o órgão de direito.

As irregularidades supracitadas são tipificadas como crimes de apropriação indébita previdenciária pela Lei nº 9.983, de 14 de julho de 2000, que acrescentou o art.168-A ao Código Penal Brasileiro.

Dando seqüência ao ranking da freqüência das irregularidades, aparece a falta de controle interno (n= 44) da equipe gestora da saúde ou, “do pessoal da saúde” na linguagem dos contadores.

O rol destas irregularidades pela ordem de maior para menor freqüência é: impossibilidade de comprovar aquisição de bens e imóveis, impossibilidade de comprovação do balanço patrimonial, ausência de lei autorizando as doações, não apresentação das notas fiscais da farmácia e o atraso no pagamento de luz elétrica e água (CAGECE e COELCE).

Também foram encontradas falhas quanto aos aspectos legais e político-administrativo relacionados ao Fundo de Saúde (n= 22). As irregularidades apontadas foram a ausência da lei instituidora do Fundo e da nomeação do responsável.

Irregularidades afetas ao setor pessoal (n=8) aparecem como: a despesa de pessoal apresentada nos balancetes não condiz com o número de servidores da folha de pagamento; ausência de portaria legal nomeando o Secretário da Saúde; excesso de concessão de diárias e ausência de realização de concurso público.

De um modo geral os resultados do presente estudo podem ser comparados com os resultados do estudo de ARRUDA (2008) que analisou 840 prestações de contas de governo e de gestão de uma amostragem dos municípios do Estado do Ceará, relativas ao período de 1999 a 2002.

Naquele período, a maioria dos municípios já cometia falhas pela prestação de contas enviadas fora do prazo ao TCM, não enviada e/ou indevidamente instruída; remessa intempestiva dos balancetes; ausência de licitação e irregularidades nos processos licitatórios; ausência de contrato; pagamentos indevidos; não recolhimento ou recolhimento a menor das consignações e contribuições previdenciárias; ausência de recolhimento do IRR; ausência dos extratos bancários; diferença financeira de obras executadas e ausência de controle interno de bens patrimoniais.

Como pode ser observado os achados dos dois períodos (1999 a 2002 e 2001 a 2004) apresentaram algumas semelhanças indicando que não houve melhoria no processo de prestação de contas.

As irregularidades mais freqüentes que a autora encontrou foram o recolhimento a menor das consignações e contribuições previdenciárias e ausência de licitação, respectivamente, em primeiro e segundo lugar.

Coincidentemente esta pesquisa, encontrou irregularidades semelhantes e freqüências do mesmo modo elevadas, sendo que, neste estudo, a ausência de licitação e irregularidades no processo licitatório figurou em primeiro lugar seguido de falhas relacionadas ao setor de contabilidade.

5.3 CAUSAS DAS DESAPROVAÇÕES DAS CONTAS NA VISÃO DOS GESTORES E CONTADORES

Os resultados sobre as causas das desaprovações das Contas de Gestão e Tomadas de Contas de Gestão na visão do gestor municipal da

saúde e dos Contadores, **objetivos 3 e 4** da pesquisa surgem das entrevistas feitas com uma amostra das pessoas implicadas.

O quadro a seguir apresenta as categorias que guardam similaridade entre a visão dos gestores e assessores de contabilidade sobre a causa das desaprovações, fundamentadas nas respectivas falas extraídas das entrevistas.

Na primeira coluna, em negrito, encontram-se as categorias analíticas mais gerais seguidas das categorias mais específicas e concretas.

A segunda coluna contempla as falas dos gestores e a terceira, a fala dos assessores de contabilidade. As linhas correspondentes a estas colunas contêm os comentários de um ou mais entrevistado.

QUADRO 7- Categorias de análise coincidentes para os dois grupos entrevistados: gestores da saúde e assessores de contabilidade.

<i>Categorias de análise</i>	<i>Comprovação pelas falas dos entrevistados:</i>	
1. Os Gestores da Saúde desconhecem:	Gestores	Assessores de Contabilidade
1.1 As competências, responsabilidades e compromissos do agente público.	- <i>Tudo relacionado a licitação que não era minha competência, quer dizer, o escritório de contabilidade é que tem competência de fazer isso.</i>	- <i>O maior problema da saúde é o pessoal não qualificado.</i>
	- <i>O gestor municipal, ele muitas vezes vai administrar um município e não conhece toda engrenagem que está por trás de uma administração. A gente não conhece como é o processo, como é que ele é feito, quais os tramites dele dentro daquele município.</i>	- <i>Quando o TCM baixa uma resolução tem que obedecer e o gestor não conhece(...)</i>

	<p>- Você chega sem noção nenhuma do que é uma estrutura de Secretaria, quais os trâmites legais, o que é que lhe permite ou não executar.</p>	<p>-Tem gestor de todo jeito e a obrigação dele é saber ou designar para alguém que sabe orientar.</p>
	<p>- O que é a máquina governamental? O que é uma estrutura de gestão?</p>	<p>- Eu chamo atenção do gestor que ele leia as resoluções, as Instruções Normativas.</p>
1.2 Os limites e possibilidades estabelecidas pelas Leis de Licitação e da LRF	<p>- Agora eu vou dizer que eu sou competente administrativamente para saber a lei A,B,C da administração? Não sou não.</p>	<p>- O gestor não lê Instruções Normativas nem o que assina.</p>
	<p>- O processo licitatório por exemplo eu não sei como é que é feito né? -Como se dá a questão do aluguel de carro que você precisa para as equipes do PSF trabalhar?</p> <p>- Uma coisa que eu não podia fazer era ultrapassar teto de 8 mil em serviços não licitados... eu não estou lembrada, eu não sei se podia ultrapassar esses 8 mil.</p>	<p>- Quando a CGU vem ela pega as resoluções e vai aplicar e quando chega no município o Secretário diz que não sabia. Ora não sabia! A obrigação dele é saber.</p>
	<p>-A gente não sabe exatamente de que forma se dão os processos de licitação. E se você tiver que comprar um carro?</p>	<p>- A conta é de gestão, é do gestor e ele tem que saber sobre as fases e limites da licitação.</p>
1.3 A gestão e a execução contábil, orçamentária e financeira dos recursos públicos.	<p>- Para não ter problemas, como é que você faz a compra de medicamento, como é que você paga a Secretaria de Saúde do Estado que tem uma pactuação de aquisição de medicamento na atenção básica? Qual o dinheiro que você repassa e, de que forma você repassa? Como é que você paga o CONASEMS e o COSEMS?</p>	<p>- O gestor tem que saber como usar os recursos e conhecer as fases da despesa.</p>
	<p>- Será se posso usar o recurso para pagar a parte hospitalar, a assistência secundária e terciária?</p> <p>-Eu não tenho o conhecimento</p>	<p>- Então assim nesse trabalho contábil eu acho e continuo dizendo que tem que haver uma preparação da equipe de gestão da saúde do</p>

	<i>disso o que você pode gastar com cada despesa?</i>	<i>município.</i>
1.4 O processo de prestação de contas	<p>- <i>Eu não sei exatamente assim de lhe dizer agora se a prestação de contas é mensal.</i></p> <p>- <i>Eu não sei exatamente quando é remetido o balancete.</i></p>	<p>- <i>Nas Prefeituras que eu trabalho eu sempre gosto de preparar as prestações de contas com o Secretario: o que eu estou colocando ali, o que aconteceu. Porque ele não sabe sobre isso.</i></p>
2. Os Gestores da Saúde são sobrecarregados pelo excesso de atividades	<p>- <i>Sou eu que tenho de saber como gastar em despesa pessoal? Como recolher os encargos? E as outras atividades?</i></p> <p>- <i>A Saúde não para! Enquanto os tratores encostam cinco horas e as escolas fecham as dez, nasce menino e adocece gente nas 24 horas do dia.</i></p>	<p>- <i>Os gestores da Educação e da Saúde são sempre mais sobrecarregados que os outros porque recebem normas do TCM e da própria legislação de contabilidade além do que, têm muitas outras coisas para fazer.</i></p> <p>- <i>Tem gestor bom que sabe fazer mais são sobrecarregados.</i></p>
3. Não existe integração dos Gestores da Saúde com os demais setores da administração	<p>- <i>Tudo relacionado que não era minha competência, o escritório de contabilidade é que tem de fazer isso.</i></p> <p>- <i>As vezes você comete uma falha que é colocada para você como improbidade administrativa e não foi você que cometeu.</i></p>	<p>- <i>O gestor ele tem outra linha de raciocínio</i></p> <p>- <i>Tem gestor de toda qualidade. Tem bom gestor, tem mau gestor.</i></p> <p>- <i>A conta de gestão é do gestor. Ele presta contas dos recursos.</i></p>

A opinião dos dois grupos Gestores e Contadores são coincidentes nos seguintes aspectos:

1. Os gestores da saúde desconhecem: as competências, as responsabilidades e os compromissos do agente público; os limites e possibilidades estabelecidos pelas Leis de Licitação e Lei de Responsabilidade Fiscal; os aspectos operacionais da gestão e

execução contábil, orçamentária e financeira dos recursos públicos e, em especial, desconhecem o processo de prestação de contas.

2. Os gestores são sobrecarregados pelo excesso de atividades e,
3. Não existe integração dos gestores com os demais setores da administração.

Além das causas das desaprovações comuns aos dois grupos de entrevistados, os gestores reclamam que não é ele quem faz, deixa de fazer ou faz errado. Queixam-se também da normatização excessiva. Estes comentários foram categorizados como **a falta de autonomia e ingerência alheia no setor**. Esta categoria analítica está apresentada na primeira coluna do quadro abaixo, com os comentários correspondentes na segunda coluna.

QUADRO 8- Causas das desaprovações das contas na visão do gestor

Categoria de análise	Comentários dos Gestores entrevistados:
Falta de autonomia e ingerência alheia no setor.	<i>- A Saúde vive na dependência de inúmeras coisas.</i>
	<i>- Você depende das secretarias, dos setores financeiros</i>
	<i>- O recurso é todo carimbado</i>
	<i>- Você na saúde acaba se guiando pelas portarias, e isso é outro entrave que eu acho.</i>
	<i>Tudo relacionado a licitação não era da minha competência, eu só pedia e assinava.</i>
	<i>- Eu te juro que eu não sabia. Tudo era a firma que dizia este aqui está no tempo, assine e faça.</i>
	<i>- A sua obrigação é saber ou designar para alguém no seu lugar. Foi o que o outro Secretário disse.</i>

A falta de autonomia e ingerência alheia no setor foi relatada com emoção pelos gestores que se sentem injustiçados por serem penalizados

por atos erros ou omissões não praticadas por eles. Estas constatações podem ser observadas nos seguintes trechos extraídos das entrevistas com os gestores:

“Aí vem a questão na hora da prestação de conta, você não tem gerência”

(Gestora da Saúde)

“ (...) de repente eu estava pagando uma multa por uma prestação de contas não feita a tempo, mas não era eu que fazia, era a Secretaria de Finanças, então eu estou pagando uma multa por outra Secretaria?”

(Choro e desabafo de uma Gestora)

“A contabilidade da prefeitura ela fica geralmente a cargo da Secretaria de Finanças e apoiada pelas assessorias que o município tem...”

(Gestor da Saúde)

“A contabilidade é centralizada na Secretaria de Administração ou Finanças e como é que o gestor da saúde vai se responsabilizar se não é ele que faz?”

(Gestor da Saúde)

As constatações revelam certo paradoxo. De um lado, o TCM reconhece e fiscaliza o Fundo de Saúde como Unidade Gestora imputando penalidades por irregularidades que muitas vezes não estão sob a responsabilidade das contas de gestão.

Por sua vez, o aumento crescente das atribuições acarretadas pelo processo de descentralização, o excesso de atividades e as demandas próprias do setor são fatores que parecem justificar a dificuldade do “pessoal da saúde” de se apropriarem do conhecimento sobre a administração pública, planejar e fazer o controle dos setores e ações sob sua responsabilidade.

Na maioria das Prefeituras o processo de planejamento, gestão do Fundo de Saúde e Prestação de Contas é centralizado nos setores da

Administração, Finanças, Tesouraria, Contabilidade, Comissão de Licitação e Procuradoria o que dificulta a integração da gestão da saúde com estes setores.

Outro agravante é o descompasso entre a legislação e as normas operacionais específicas do SUS com a legislação e normas contábeis, orçamentária e financeira da administração pública. Os órgãos de controle normalmente desconhecem ou não acatam as primeiras.

Na mesma linha de observação e análise, foram colhidas das entrevistas dos contadores outras causas que estão organizadas em três categorias analíticas expressas no quadro a seguir.

QUADRO 9 - Causas das desaprovações das contas na visão dos Contadores.

Categorias de análise	Comprovação pelas falas dos Contadores:
1. Falta de planejamento do “pessoal da saúde”	<i>- Não existe planejamento nenhum na saúde.</i>
	<i>- Eles compram medicamento trinta, quarenta mil reais por mês, ai faz uma carta convite dá 80 mil, faz um aditivo e vai para cem. Terminou aquele ali, faz outro.</i>
	<i>- A minha opinião eu não vou mudar nunca. Falta de planejamento e controle do gestor. Isso ocasiona todo descompasso administrativo.</i>
	<i>- Se você não planeja você vai licitar errado, vai contratar errado.</i>
	<i>- Vou lhe dizer uma coisa muito importante que infelizmente acontece com a maioria dos gestores. Eles não conhecem a sua receita, não sabe quais são as suas disponibilidades e acaba endividando a Secretaria, não costuma fazer as provisões do 13º de férias, quer dizer, o grande problema é esse. O planejamento não é só fazer o orçamento, PPA e LDO não se limitam só isso não. Você tem que ter um cronograma de desembolso, quando é que entra o recurso do MAC? Entra tal dia. Mas os gestores não planejam.</i>
	<i>- Eu acho, na minha opinião, são duas coisas que desaprovam contas: falta de planejamento e controle</i>

<p>2. Não existe o controle interno próprio do setor saúde.</p>	<p>- Não existe controle a começar pelos carros, o abastecimento. Uma coisa besta todo dia se você tiver 9, 10 PSF aqueles carros vão abastecer e vão para o interior. É uma coisa difícil você anotar o quilômetro e os litros que pegou e colocar numa planilha?.</p> <p>- É falta de controle e, quando o TCM chega lá você tem que ter determinado uma pessoa para cuidar disso através de ato formal, de portaria.</p> <p>- Mostra que a Prefeitura e a própria saúde precisa ter controle interno, e tem que ter um responsável.</p>
<p>3. Orientações incabíveis do Procurador do município.</p>	<p>- Os contratos são elaborados pela Comissão de Licitação mas, com o approve da Procuradoria do Município. Aí é que ta o problema.</p> <p>- O Procurador só faz assinar o parecer. Ele não sabe se aquele certame foi o correto para aquela compra ou não.</p> <p>- Eu acho que o gestor deveria ele mesmo se gerenciar no setor licitatório não ir na opinião de muitos assessores jurídicos ah esse mês faz assim, no outro mês assado.</p> <p>- O Secretário pergunta se pode fazer a compra e eles dizem que sim mas na hora que chega as diligências sabe o que eles dizem? Não sei o que é isso aí não, diga ao contador que eu não sei o que é isso aí não. Mas quando eu disse que não podia, eu disse que não podia. Aí ele vai inventar desculpa amarela para o Tribunal engolir.</p> <p>- Você pode verificar que na defesa dos acórdãos para a contabilidade as coisas são pequenas demais, são ínfimas, uma diferença, um erro de digitação. Quando você pega uma diligência de um certame licitatório são 4, 5 ... erros. Não tem fim não.</p> <p>- Quando o procurador dá o parecer jurídico ele tem obrigação de saber disso. Aí prejudica quem? – o gestor.</p> <p>- Deve ter um entendimento, uma orientação porque isso está prejudicando demais os gestores. A outra briga é que, tem que haver um parecer jurídico do processo licitatório de qualquer certame. Mas, 90% dos processos licitatórios você pode falar com a Dra Lilian lá no TCM, é a Procuradora, ela vai saber que o Procurador só faz assinar o parecer. Ele não sabe se aquele certame foi o correto para aquela compra ou para aquele serviço contratado.</p>

Observa-se pelo quadro acima que os contadores na sua singularidade apontam ainda como outras causas: a falta de planejamento do “pessoal da saúde”, a falta de controle interno próprio do setor e as

orientações incabíveis do Procurador do município. Esta última causa pode ser constatada através do seguinte trecho extraído das entrevistas com o pessoal da contabilidade:

O Procurador é a pessoa normalmente consultada para saber se existe algum problema para o Gestor autorizar aquela compra. Este responde que para aquele total estimado não necessita de licitação, e a compra é feita de forma direta. Em seguida, o setor solicita outra quantidade do mesmo item. E o fato se repete Ora, se você planeja que vai ter uma carência de material x, y e b, e faz o levantamento do custo mensal e multiplica por 12 meses, fatalmente vai chegar à modalidade de licitação, de concorrência pública ou tomada de preço. (Contador representante da Empresa de Assessoria Contábil).

O setor saúde, por sua especificidade, exige maior agilidade nas compras, necessidade e urgência em contratar pessoal e serviços para atividades assistenciais. Estes atos, com frequência, são interpretadas como irregulares e são motivos de desaprovação das contas dos gestores da saúde.

ARRUDA (2008) comenta sobre as contratações de serviços de assessoria contábil e jurídica afirmando que antes de 1998 havia o entendimento consolidado pelo TCM da legalidade de tais contratos com base nos artigos da Lei 8.666 que tratam sobre a inexigibilidade de licitação.

A autora acrescenta que a partir do exercício financeiro de 1998 “*numa abrupta mudança de interpretação*”, a Corte de Contas resolveu firmar entendimento contraditório e passou a questionar a contratação direta de serviços de assessoria contábil e jurídica.

A crítica procede e nas peças processuais analisadas neste estudo observou-se em um mesmo processo, a interpretação de um conselheiro do

TCM apontando como irregularidade e motivo de desaprovação de contas com imputação de multa a “*despesa indevida com aluguel de imóvel para médicos e enfermeiros.*” Posteriormente, na verificação de outro conselheiro, este decide pela não imputação da multa porque o requerente alegou que “ o ato foi previamente aprovado pelo Conselho de Saúde e custeado com recursos próprios do Fundo Municipal de Saúde”.

Aqui cabe uma reflexão no sentido de entender qual a importância e a respeitabilidade do parecer do Conselho Municipal de Saúde sobre a prestação de contas que foram deliberadas pelos seus membros, principalmente nas questões meritórias.

As revelações mostram que toda norma passa por permanente releitura, permanente interpretação e decodificação dos termos. O contraditório permite argumentos interpretativos e pelo visto prevalece a força do melhor argumento. Neste sentido, o “abuso” pode existir de ambos os lados, de quem está aplicando o direito ou, do gestor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa alcançou os objetivos propostos de conhecer o processo de prestação de contas da gestão municipal da saúde, identificar aqueles referentes aos exercícios 2001 a 2004 apreciados e julgados em decisão definitiva pelo Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará. Identificou as irregularidades apontadas pelo TCM para a desaprovação das contas e as respostas dos gestores da saúde e contadores implicados, sobre as causas dessas desaprovações.

Apesar da regulamentação da Lei Complementar nº. 101 ou LRF, de 04 de maio de 2000 que estabelece as normas e responsabilidades na gestão fiscal, observou-se com este estudo, que o controle interno na administração pública é incipiente, o que leva ao número ainda muito elevado de irregularidades e desaprovações de contas.

Indubitavelmente, estas irregularidades não ocorrem por malversação dos recursos públicos, mas, por falhas técnicas e controle ineficaz que são conseqüências da falta de integração, cooperação formativa e técnica entre as diversas instâncias administrativas e de controle.

O Controle exercido pelo Tribunal de Contas dos Municípios é difuso e incisional. Na fiscalização e apreciação das contas da gestão municipal da saúde algumas cobranças ou irregularidades dizem respeito às contas de governo e da responsabilidade de outros setores da gestão municipal.

Cabe aqui uma relevante observação feita por um dos entrevistados do grupo de contadores que contesta a exigência para os Secretários de

Saúde de documentos da prestação de contas de governo que estão sendo cobrados aos Secretários de Saúde e defende:

(...) a obrigação de apresentar os balanços orçamentário, financeiro, patrimonial e demonstração das variações patrimoniais, faz parte das Contas de Governo, haja vista que, se o Fundo não é Unidade Orçamentária não necessita do seu balanço (Contador entrevistado).

Preocupante ainda são falhas e anomalias técnicas consideradas como irregularidades das Unidade Gestora (Saúde), quando, efetivamente, o ordenador de despesa não tem ingerência na comissão de licitação, na execução dos serviços contábeis, no controle financeiro e nas despesas com pessoal.

As licitações de todas as modalidades são processadas e julgadas pela Comissão Central de Licitações e de Pregões (CL), parte obrigatória da estrutura das Prefeituras.

A homologação dos processos licitatórios pelos gestores da saúde, somente é feita, após a emissão de parecer exarado pelo Procurador, enfatizando que a licitação encontra-se “Legal e formalmente regular” ensejando que o Gestor da Saúde (*leigo quanto aos aspectos legais e formais*), possa, com segurança, homologar a licitação. É o Procurador quem deve anexar completa e corretamente a documentação dos processos licitatórios.

No entanto, as falhas formais, legais, omissões ou quaisquer anomalias detectadas, estão gerando desaprovações das contas e os gestores da saúde sendo penalizados pelo TCM com a imputação de débito

e multas com improbidade administrativa, sem que os mesmos tenham concorrido para a existência das ocorrências aludidas.

Do mesmo modo, falhas relacionadas à contabilidade estão gerando penalidades e multas severas aos gestores da saúde.

Ora, dada a centralização contábil adotada pela grande maioria dos municípios, o gestor da saúde por motivos alheios a sua responsabilidade fica impossibilitado de cumprir o prazo legal quando ocorrem eventuais atrasos nos registros contábeis e geração do SIM por parte da Secretaria de Finanças, órgão responsável pela centralização contábil.

O controle das disponibilidades financeiras de cada Secretaria é feito pela Secretaria de Finanças a qual é responsável pelos pagamentos das despesas empenhadas e liquidadas alusivas às Unidades Gestoras, caracterizando a falta de controle interno a falta de autonomia do gestor da saúde, a ingerência e o distanciamento do gestor da saúde com os demais setores da administração. Até a distancia física que comumente ocorre entre a Secretaria da Saúde e os demais setores da administração é fator impeditivo para o controle próprio da Saúde.

Por razões alheias às atividades administrativas inerentes ao gestor da saúde, quando ocorre atraso no pagamento, por exemplo, da COELCE e CAGECE (água e luz) e, por via de consequência gera acréscimos financeiros, o gestor é responsabilizado com o ressarcimento dos valores pagos relativos aos juros de mora e multas incidentes.

O controle funcional, bem como, a elaboração das respectivas Folhas de Pagamento, é centralizado comumente, na Secretaria de

Administração, de Recursos Humanos ou de Finanças. No entanto, as falhas detectadas são atribuídas aos gestores da saúde.

Diante destes resultados, pode-se concluir que ao gestor não deveria ser cobrado friamente o cumprimento da lei, mas, antes, ser observado o cumprimento das metas, dos compromissos sanitários e de gestão e, o processo utilizado para alcançá-los.

Mais importante seria avaliar se as estratégias adotadas e as ações desenvolvidas estão coerentes com o que consta no Plano, nos Pactos e, no Termo de Compromisso da Gestão Municipal. Avaliar se os resultados atendem as necessidades demandadas pela sociedade, se as despesas estão sendo executadas de maneira a obter o maior benefício, a maior produtividade a um menor custo (princípio da economicidade) e, se há transparência e abertura de espaços para a sociedade (controle social).

7.RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo e a experiência vivenciada nos sucessivos recursos para defesa das suas contas perante o TCM outorgam a pesquisadora fazer as seguintes recomendações à equipe gestora da saúde:

Efetivem o controle interno próprio da saúde e, aproximem-se dos responsáveis pelos setores de contabilidade, finanças, compras e em especial da Comissão de Licitação para o acompanhamento das ações relacionadas à saúde;

Fiquem atentos e obedeçam aos prazos para a elaboração do Plano Municipal de Saúde no primeiro ano do mandato e a sua atualização anual. Elaborem a cada ano o Relatório de Gestão contendo inclusive os aspectos financeiros, orçamentários e físicos coerentes com o planejamento e orçamento governamental.

Estruturem adequadamente e tornem ativo o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, respeitando as deliberações daquela instância legítima do controle social;

Planejem as necessidades para um ano e sigam obrigatoriamente os estágios de execução das despesas: empenho, liquidação e o pagamento;

Atentem especialmente para os controles internos da Farmácia, Almojarifado, controle de combustível e atos de doações;

Tirem cópias de todos os processos administrativos que possam ser objeto de controvérsias;

Verifiquem se houve a prestação de contas de recursos recebidos do governo federal ou estadual através de convênios;

Observem que a decisão para a contratação temporária de pessoal somente poderá ser adotada em situação de absoluta excepcionalidade, e com a abertura de processo administrativo;

Guardem todos os documentos relativos aos registros de controle em uma pasta individual, inclusive, o comprovante de entrega da prestação de contas, os extratos bancários e cópia dos cheques emitidos em cada ano de exercício na função de gestor. Os documentos devem ser mantidos pelo prazo de dez anos, contados da data em que foi aprovada a prestação de contas pelo conveniente;

Mantenham o seu endereço atualizado junto ao TCM.

Em síntese, recomenda-se o cumprimento dos Sete mandamentos “capitais” do bom gestor, criados pela autora:

- I. Conheça e cumpra a lei
- II. Planeje e cumpra o planejado
- III. Mantenha assessoria técnica competente
- IV. Seja prudente
- V. Mantenha equilíbrio nas contas públicas.
- VI. Documente e fundamente seus atos
- VII. Seja ético.

Aos demais, vale o reconhecimento da importância do gestor para a implementação do SUS conforme a vontade da sociedade brasileira e como

uma política de estado, onde o eixo da municipalização é base e sustentáculo do sistema de saúde.

Por fim, as recomendações da espiritualidade sobre o tema “Homem e Trabalho”:

Procura e acharás, trabalha e produzirás; dessa maneira, serás o filho das tuas obras, delas terás o mérito e serás recompensado segundo o que tiveres feito. (O Evangelho segundo o Espiritismo, 289ª edição, 2003, cap.XXV, nº3, p.293).

8. REFERÊNCIAS

Arruda FLN de, Albuquerque MGS, Santos JBF dos. Financiamento e gastos públicos em saúde. In: Silva MGC da, organizador. Economia da saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Fortaleza: INESP; 2002. p.97-112.

Arruda AMF. Resultado da análise das prestações de contas dos municípios do Estado do Ceará na visão do Tribunal de Contas dos Municípios. [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do DF. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 23 mar. 1964.

Brasil. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Código de proteção do consumidor. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 12 set. 1990;

Brasil. 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 set. 1990; Seção 1:018055.

Brasil. Lei nº 8.429/92, de 02 de junho de 1992. Lei de Improbidade Administrativa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 03 jun. 1992.

Brasil. Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI da Constituição Federal, institui normas para as licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Lei de

Licitações e Contratos. (Estatuto das licitações). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 23 jun. 1993.

Brasil. Lei nº 8.689/93, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - Cria o Sistema Nacional de Auditoria e dá outras providências. Brasília, 1993. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 28 jul 1990.

Brasil. Lei Complementar nº. 101, de 04 de maio de 2000. Lei de Responsabilidade Fiscal- Estabelece normas de finanças públicas voltadas para responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília. Senado Federal. Centro Gráfico, 2000.

Brasil. Lei 9.983/00, de 14 de julho de 2000. Tipifica o Crime de Apropriação Indébita Previdenciária. Brasília. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 17 jul 2000.

Brasil. Lei 10.028/00, de 19 de outubro de 2000. Dos crimes contra finanças públicas. Brasília. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 20 out 2000.

Brasil. Lei nº 10.520/02, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão para aquisição de bens e serviços comuns e dá outras providências.

Castro CJ. O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS): estudo de caso em município de gestão semi-plena [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999.

Ceará. Constituição do Estado do Ceará 1989. IN: Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará. Coletânea da legislação básica. Fortaleza; 2005. p.43-107.

Ceará. Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios. Lei Estadual nº 12.160/93, de 04 de agosto de 1993. Alterada pelas Leis nº 13.016, de 22 de maio de 2000 - Diário Oficial [do] Estado do Ceará de 22 de maio de 2000 e nº 13.544, de 26 de novembro de 2004 - D.O.E. de 26 de novembro de 2004. Dispõe sobre a Lei Orgânica do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará e dá outras providências.

Ceará. Decreto nº 29.981, de 30 de novembro de 2009. Dispõe sobre a forma de repasse regular e automática de recursos do Tesouro do Estado alocados no Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde e dá outras providências.

CIB/CE- Comissão Intergestores Bipartite do Ceará. Resolução nº 23/2010, de 26 de janeiro de 2010. Aprova o elenco de medicamentos da assistência farmacêutica no âmbito da Atenção Básica; os valores e a composição do incentivo da assistência farmacêutica para financiamento dos medicamentos do componente básico e o percentual desse recurso a ser destinado para outros fins.

Couttolenc BF, Zucchi P. Gestão de recursos financeiros. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde & Cidadania, 10).

Ferla AA. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. *Physis*. 2004;14(1):85-108.

Fernandes, FS. O Tribunal de Contas e a fiscalização municipal. Revista de Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, n.5, São Paulo: Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, p.75-81, jan./jun.1991

Ferraz OLM. Questionamentos judiciais e a proteção contra o paciente: um sofisma a ser corrigido pelo gerenciamento de riscos. Bioética. 1997;5(1):7-12.

Ferreira AB de H, Ferreira MB, Anjos M dos. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Editora positivo; 2004.

Good WJ, Hatt PK. Métodos em pesquisa social. São Paulo: Companhia Editora Nacional; 1972.

IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.Populações residentes e estimadas em 2001.Disponível em://http: www.ibge.gov.br.

Laville C, Dionne J.A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas; 199.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(2):269-91.

Ludke M, André, M. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.

Médici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1994.

Médici AC. La asistencia sanitaria en el federalismo brasileño. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência Saúde Coletiva*. 1999;4(2):305-14.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; 1996.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008.(Saúde em debate,46).

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Manual Técnico de Orçamento. MTO. Versão 2008, Brasília, 2007, 152 p.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB 01/93. Brasília, DF; 1993.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas. *Inf Epidemiol SUS*. 1996a;5(2 supl.3):1-14.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1882, de 18 de fevereiro de 1997. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 fev. 1997. Estabelece o Piso da Atenção Básica e sua composição. Diário Oficial da União. 22 dez.1997; Seção 1, 10 p.col:2.

Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB 01/96. Brasília, DF; 1997.

Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS 01/2001. Brasília, DF; 2001.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1172/GM, de 15 de junho de 2004. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União,

Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de vigilância em saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 2529/GM, de 26 de novembro de 2004. Criação dos sistemas de informação epidemiológica, vigilância epidemiológica, unidades hospitalares, incentivo financeiro, unidades de referência.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 2608/GM, de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do teto financeiro de vigilância em saúde, para incentivar estruturação de ações de vigilância e prevenção de doenças e agravos não-transmissíveis por parte das secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde das capitais.

Ministério da Saúde. Portaria GM/399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 01 mar. 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto,

Ministério da Saúde. Portaria GM/648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 12 abr. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Ministério da Saúde. Portaria GM/675, de 30 de junho de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 30 jun. 2006. Aprova carta dos direitos dos usuários da saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das ESF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 1097/GM, de 22 de maio de 2006. Define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Senado Federal, 2006.

Ministério da Saúde. Portaria n.º 3332/GM, de 28 de dezembro de 2006. Aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do sistema de planejamento do SUS.

Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria n.º 3343/IM, de 29 de dezembro de 2006. Alteração, incentivo financeiro, atenção à saúde, sistema penitenciário, promoção da saúde, saúde bucal, saúde da mulher, AIDS, saúde mental, hepatite, tuberculose, diabetes, hanseníase.

Ministério da Saúde. Portaria GM/204, de 29 de janeiro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 19 mar. 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1.315, de 05 de junho de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 07 jun. 2007. Certifica municípios do estado do Ceará para assumir a gestão das ações de vigilância em saúde, publica os respectivos valores financeiros relativos ao Teto Financeiro de Vigilância em Saúde - TFVS.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1.384, de 12 de junho de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 13 jun. 2007. Institui incentivo aos estados, ao distrito federal e aos municípios para a Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1624, de 10 de julho de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 12 jul. 2007. Regulamenta, para o ano de 2007, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais -CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica.

Ministério da Saúde. Portaria GM/2656, de 18 de outubro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 19 out. 2007. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e regulamentação dos incentivos de atenção básica e especializada aos povos indígenas.

Ministério da Saúde. Portaria GM/3086, de 03 de dezembro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 04 dez.2007. Autoriza repasse financeiro do fundo nacional de saúde aos fundos estaduais de saúde destinado ao fator de incentivo para os laboratórios centrais de saúde pública.

Ministério da Saúde. Portaria GM/3202, de 18 de dezembro de 2007. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 dez.2007. Regulamenta o incentivo financeiro destinado aos laboratórios centrais de saúde pública – LACEN, para a execução das ações de vigilância sanitária, na forma do bloco de financiamento de vigilância em saúde.

Ministério da Saúde. Portaria GM/133, de 21 de janeiro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 22 jan. 2008. Atualiza a regulamentação dos repasses de recursos financeiros federais do componente de vigilância sanitária do bloco de financiamento de vigilância em saúde, destinados à execução das ações de vigilância sanitária.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1364, de 03 de julho de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 05 jul. 2008. Regulamenta, para o ano

de 2008, a transferência dos incentivos financeiros referentes à Compensação de Especificidades Regionais -CER, componente da parte variável do Piso da Atenção Básica.

Ministério da Saúde. Portaria GM/90, de 17 de janeiro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 19 jan. 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.

Ministério da Saúde. Portaria GM/154, de 24 de janeiro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 26 jan. 2008. Criação, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, atenção básica, regionalização, equipes de saúde, saúde da família.

Ministério da Saúde. Portaria GM/1234, de 19 de junho de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 20 jun. 2008. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde - ACS.

Ministério da Saúde. Portaria GM/2489, de 21 de outubro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 22 out. 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Ministério da Saúde. Portaria GM/3066, de 23 de dezembro de 2008. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 24 dez. 2008. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para a Estratégia de Saúde da Família e de Saúde Bucal, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica.

Ministério da Saúde. Portaria GM/2.981, de 26 de novembro de 2009. Republicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil n.229 p.725/774.Seção 1, de 01 dez. 2009. Aprova o componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Ministério da Saúde. Portaria GM/2.982, de 26 de novembro de 2009. Republicada no Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 1dez. 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Nascimento PR. SUS: instâncias de negociação entre os gestores: as comissões intergestores e a questão federativa [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Nascimento PR. Espaços de deliberação democrática do SUS e discussão sobre a universalidade de direitos [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Nogueira RC. Descentralização dos recursos financeiros federais da saúde no município de Deputado Irapuan Pinheiro no período de 1996 a 2001: sua influência no comportamento do sistema local de saúde [monografia de especialista]. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2003.

Paim JS. A situação de saúde no Brasil e os modelos assistenciais. In: Anais da 4. Reunião Especial da SBPC; 1996; Feira de Santana, BR. Feira de Santana: SBPC; 1996. p.249-53.

Receita Federativa do Brasil. Instrução Normativa RFB nº748, de 28 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

Sala A. A avaliação de programas de saúde. In: Schraiber LB, organizador. Programação em saúde hoje. São Paulo: Hucitec; 1993. p.117-38.

Santos LAC. O plano experimental ainda é de alguma valia? Exercício de avaliação de serviços comunitários de saúde. In: Canesqui AM, organizador. Ciências sociais e saúde. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 227-44.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. Cad Saúde Pública. 1998; 14(2):429-43.

Tribunal de Contas da União. Relatório do Programa de Ação na Área da Saúde: diagnóstico. Brasília, DF; 1999.

Tribunal de Contas da União. Convênios e outros repasses. Brasília, DF; 2003.

Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará. Instruções Normativas nº. 01/97, nº 03/97, 1997.

Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará. Regimento Interno. Resolução nº 08/1998, de 01 de outubro de 1998 - Diário Oficial [do] Estado do Ceará de 07 de outubro de 1998 - Republicado no D.O.E. de 21 de agosto de 2002. (Alterado pelas Resoluções nº 01 e 07 de 2002 e nº 05 de 30 de novembro de 2004 - D.O.E de 30 de novembro de 2004.

Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará. Coletânea da legislação básica. Fortaleza; 2005.

Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de apresentação de teses. São Paulo: A Biblioteca, 2006.

Vieira T, Dias TR. A entrevista na pesquisa: estudo da interação entrevistador- entrevistado. Psicol TeorPesq. 1994;10(2):299-316.

ANEXOS

ANEXO 1

REQUERIMENTO AO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ.

EXMO. SR. CONSELHEIRO PRESIDENTE DO COLENDO TRIBUNAL DE CONTAS DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO CEARÁ

MD DR.

Leni Lúcia Leal Nobre, cearense, casada, residente e domiciliada em Fortaleza-Ce, à Rua Senador Machado 181/1703, Mucuripe, aluna do Doutorado Interinstitucional da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-DINTER, matrícula número 5828235, com projeto de pesquisa: Análise dos Julgamentos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará: “Um olhar sobre a prestação de contas dos Sistemas Municipais de Saúde”, vem mui respeitosamente requerer apoio deste colendo Tribunal para acesso aos processos, acórdãos, realizar entrevistas com os técnicos e conselheiros e outras informações disponíveis que sejam necessárias à pesquisa.

A pesquisa tem como objetivos: Caracterizar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde pelo TCM do Ceará; relacioná-las ao grau de conhecimento do gestor municipal da saúde e demais administradores de bens públicos; classificar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde segundo o porte do município; identificar os tipos de penalidades impostas e propor estratégias para o desempenho da função gerencial dos sistemas locais de saúde de forma eficiente, que atenda aos ditames legais.

Fortaleza-Ce, 10 de setembro de 2007

Leni Lúcia Leal Nobre
CI 550.702 SSP-CE

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública
Escola de Saúde Pública do Ceará
Programa de Pós Graduação em Saúde Pública
Doutorado Interinstitucional do Ceará

Doutoranda: Leni Lúcia Leal Nobre

Título da pesquisa:

Análise dos julgamentos do Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará: “Um olhar sobre a prestação de contas dos Sistemas Municipais de Saúde”.

Objetivos: Caracterizar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde pelo TCM do Ceará; relacioná-las ao grau de conhecimento do gestor municipal da saúde e demais administradores de bens públicos; classificar as causas das desaprovações das contas públicas da gestão da saúde pelo TCM, segundo o porte do município; identificar os tipos de penalidades que lhe são impostas.

Destino da Pesquisa: Gerar publicações dirigidas aos gestores da saúde e demais administradores dos bens e serviços públicos como estratégia para o desempenho da função gerencial de forma eficiente, que atenda aos ditames legais.

Este questionário serviu de base para as entrevistas com os informantes: gestores da saúde e contadores envolvidos nos processos de prestação de contas com julgamento em definitivo pelo TCM.

Senhor (a): O presente questionário visa à obtenção de dados para responder aos objetivos da pesquisa supracitados. Com a sua permissão, será utilizado gravador para obtenção das falas. A pesquisadora se responsabiliza em manter o sigilo da sua identidade.

Caso sinta-se devidamente esclarecido quanto aos objetivos, destino e demais informações sobre a pesquisa, queira por gentileza assinar este termo atestando o seu livre consentimento.

Assinatura do informante

RG

Entrevista nº. _____ Data: ____/____/_____

Processo n.: _____

Respondente:

Secretário (a) de Saúde ()

Contador (a) Pessoa Física ()

Contador (a) Pessoa Jurídica ()

Outros (): _____

ANEXO 3

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1. O que deve ser prestado contas ao Tribunal de Contas dos Municípios do Estado do Ceará-TCM?
2. Quais as exigências, períodos e fluxos para a prestação de contas ao TCM, quanto a:
 - Remessa dos balancetes
 - Orçamento
 - Recursos orçamentários e extra-orçamentários
 - Natureza da despesa
 - Procedimentos Licitatórios
 - Contratos
 - Obras
 - Notas Fiscais
 - Outros
3. Em sua opinião, quais os programas do orçamento municipal da saúde que merecem mais atenção por parte do TCM?
4. Qual o sistema utilizado para a elaboração da prestação de contas?
Fale-me sobre esse Sistema.
5. Quais os documentos que devem acompanhar o processo de prestação de contas?
6. O que você sabe sobre:
 - Financiamento e alocação de recursos financeiros do SUS

O orçamento para a Saúde

Programação Pactuada e Integrada (PPI) e as referências de pacientes inter municipais

Os termos de compromisso assumidos nos Pactos pela Vida e de Gestão.

7. Em sua opinião porque ocorrem as desaprovações de contas da gestão municipal da saúde?
8. Quais as implicações que a recusa de contas lhe trouxe?
9. Que recomendações você faria para um gestor municipal para que suas contas fossem aprovadas?
10. Quais os fatores dificultadores e facilitadores do controle exercido pelo TCM do Ceará nas Contas de Gestão?

ANEXO 4

CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS E DAS OCORRÊNCIAS POR ANO ESTUDADO

Legenda:

PP; MP e GP= Pequeno, Médio e Grande Porte Populacional

(X) Prestação de Contas (*) Tomada de Contas

MUNICÍPIOS	POP-2001	PORTE	2001	2002	2003	2004
Abaiara	8,441	PP	X	X	X	X
Acarape	13,256	PP				X
Acaraú	49,448	MP				X
Acopiara	46,838	MP	X		X	
Aiuaba	14,580	PP	X		X	
Alcântaras	9,664	PP	X*	X	X	*
Altaneira	5,790	PP	X	X	X	X
Alto Santo	15,611	PP				
Amontada	33,236	MP				
Antonina do Norte	6,667	PP				X
Apuiarés	12,911	PP				
Aquiraz	62,326	MP	X	*		
Aracati	62,385	MP		X		
Aracoiaba	24,234	PP				
Ararendá	10,088	PP		*	*	
Araripe	19,845	PP				
Aratuba	12,575	PP		X		
Arneiroz	7,559	PP			X	
Assaré	21,136	PP	X	X	X	X
Aurora	25,559	PP				
Baixio	5,757	PP	X		X	
Banabuiú	16,400	PP	X			
Barbalha	48,049	MP				
Barreira	17,255	PP				
Barro	20,097	PP				
Barroquinha	14,019	PP		X	X	X
Baturité	30,140	MP			*	*
Beberibe	43,032	MP				
Bela Cruz	28,666	MP	X			
Boa Viagem	50,578	MP	X	X	X	X
Brejo Santo	38,976	MP		X		

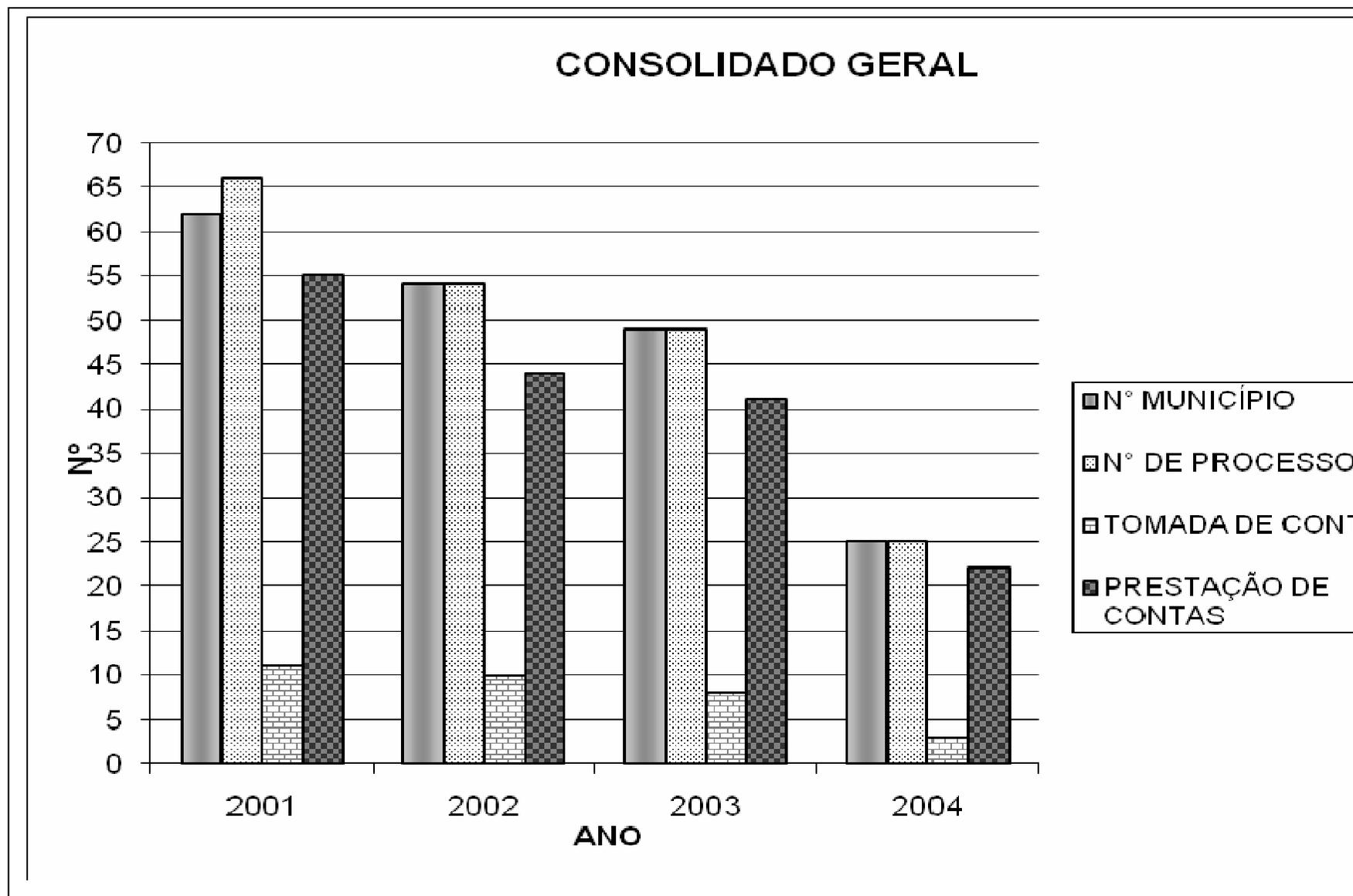
MUNICÍPIOS	POP-2001	PORTE	2001	2002	2003	2004
Camocim	56,021	MP		X		
Campos Sales	25,773	PP	X	*	X	
Canindé	70,531	MP	X	X		
Capistrano	15,857	PP		X	*	
Caridade	15,983	PP		X	X	
Cariré	18,755	PP				
Caririaçu	26,274	PP	X			
Cariús	18,557	PP				
Carnaubal	15,437	PP				
Cascavel	58,268	MP				
Catarina	15,991	PP			X	
Catunda	9,343	PP				
Caucaia	260,700	GP	X	*		
Cedro	24,204	PP				
Chaval	12,340	PP	X	x	X	
Choró	12,145	PP				X
Chorozinho	19,106	PP				
Coreaú	20,270	PP				
Crateús	71,326	MP				
Crato	106,078	GP				
Croatá	16,214	PP		*		
Cruz	20,452	PP	X			
Deputado Irapuan Pinheiro	8,435	PP				
Ererê	6,283	PP		X		
Eusébio	32,867	MP		X		
Farias Brito	20,657	PP	X		X	X
Forquilha	17,775	PP				
Fortaleza	2,183,612	GP				
Fortim	12,383	PP			X	
Frecheirinha	12,066	PP		*		
General Sampaio	4,780	PP		X		
Graça	14,838	PP		*		
Granja	49,322	MP				
Granjeiro	5,366	PP	*	X	X	
Groaíras	8,817	PP				
Guaiúba	20,168	PP				
Guaraciaba do Norte	35,535	MP		X		
Guaramiranga	5,763	PP			X	
Hidrolândia	17,648	PP	*	*	*	
Horizonte	35,693	MP				

MUNICÍPIOS	POP-2001	PORTE	2001	2002	2003	2004
Ibaretama	12,811	PP			X	
Ibiapina	22,406	PP				
Ibicuitinga	9,530	PP				
Icapuí	16,344	PP	X			
Icó	62,743	MP		X		X
Iguatu	86,976	MP	X			X
Independência	25,395	PP	X	X		
Ipaporanga	11,285	PP	X			
Ipauimirim	11,551	PP				
Ipu	39,445	MP				
Ipueiras	38,586	MP				
Iracema	13,036	PP				
Irauçuba	19,859	PP				
Itaiçaba	6,683	PP		X		
Itaitinga	30,001	PP				
Itapagé	41,947	MP				
Itapipoca	96,437	MP				
Itapiúna	16,671	PP				
Itarema	30,952	MP				
Itatira	15,735	PP	X			
Jaguaretama	18,098	PP				
Jaguaribara	8,851	PP				
Jaguaribe	35,386	MP	X			
Jaguaruana	30,204	MP	X	X		
Jardim	26,770	PP	X			
Jati	7,315	PP		X	X	
Jijoca de Jericoacoara	12,843	PP				
Juazeiro do Norte	216,560	GP				
Jucás	22,799	PP		X	*	
Lavras da Mangabeira	31,145	MP	X	X		X
Limoeiro do Norte	50,548	MP			X	X
Madalena	15,120	PP				
Maracanaú	176,741	GP				
Maranguape	89,742	MP	X			
Marco	20,386	PP			*	
Martinópolis	8,869	PP	X	X	X	
Massapê	30,240	MP	*	X	X	X
Mauriti	43,033	MP				
Meruoca	11,450	PP	X			
Milagres	27,323	PP			X	

MUNICÍPIOS	POP-2001	PORTE	2001	2002	2003	2004
Milhã	13,131	PP	X			
Miraíma	11,580	PP	XX			
Missão Velha	32,569	MP				
Mombaça	41,243	MP			X	X
Monsenhor Tabosa	16,445	PP				
Morada Nova	65,067	MP				
Moraújo	7,110	PP				
Morrinhos	18,338	PP	X			
Mucambo	14,029	PP				
Mulungu	9,020	PP	X		X	
Nova Olinda	12,168	PP				
Nova Russas	29,435	PP	X			
Novo Oriente	25,957	PP	X			
Ocara	21,704	PP	X		X	X
Orós	21,935	PP	X			
Pacajus	45,307	MP			X	
Pacatuba	53,591	MP	X			
Pacoti	11,018	PP	*			
Pacujá	5,722	PP	X			
Palhano	8,184	PP				
Palmácia	9,980	PP		X	X	
Paracuru	28,314	PP	*			
Paraipaba	26,004	PP				
Parambu	32,533	MP	X	X		
Paramoti	11,033	PP	**	X		
Pedra Branca	40,958	MP	X			
Penaforte	7,086	PP	X		X	
Pentecoste	32,517	MP				
Pereiro	15,201	PP		X		X
Pindoretama	15,376	PP				
Piquet Carneiro	13,135	PP		X		
Pires Ferreira	8,539	PP	X		X	
Poranga	11,817	PP	X			
Porteiras	15,733	PP	**	X	X	
Potengi	9,210	PP	X		X	
Potiretama	5,747	PP				
Quiterianópolis	18,515	PP				
Quixadá	70,493	MP				
Quixelô	15,584	PP				
Quixeramobim	58,896	MP	X			

MUNICÍPIOS	POP-2001	PORTE	2001	2002	2003	2004
Quixeré	17,231	PP				
Redenção	25,269	PP				
Reriutaba	21,691	PP	X	X		
Russas	58,607	MP				
Saboeiro	16,297	PP	X	X	X	
Salitre	14,068	PP				
Santa Quitéria	42,588	MP		X		
Santana do Acaraú	26,655	PP		*		
Santana do Cariri	17,012	PP			X	
São Benedito	40,264	MP				
São Gonçalo do Amarante	36,301	MP				
São João do Jaguaribe	8,715	PP				
São Luís do Curu	11,602	PP				
Senador Pompeu	27,302	PP		X		
Senador Sá	5,629	PP	X	X	X	X
Sobral	158,513	GP				
Solonópole	16,974	PP	*		X	
Tabuleiro do Norte	27,343	PP	X	X	X	X
Tamboril	25,928	PP				
Tarrafas	9,146	PP	X	X	*	*
Tauá	52,010	MP		X	X	
Tejuçuoca	13,733	PP	X	X		X
Tianguá	59,744	MP				
Trairi	45,533	MP		*	*	
Tururu	11,668	PP				
Ubajara	27,449	PP	X			X
Umari	7,394	PP			X	
Umirim	17,588	PP				
Uruburetama	16,810	PP				
Uruoca	11,628	PP				
Varjota	16,983	PP				
Várzea Alegre	35,230	MP		X	X	
Viçosa do Ceará	45,924	MP				

ANEXO 5 GRÁFICO



Legenda referente ao gráfico:

ANO	2001	2002	2003	2004
<i>MUNICÍPIOS</i>	62	54	49	25
<i>IMPLICADOS</i>				
<i>Nº DE PROCESSOS</i>	66	54	49	25
<i>TOMADA DE CONTAS</i>	11	10	8	3
<i>PRESTAÇÃO DE</i>				
<i>CONTAS</i>	55	44	41	22

ANEXO 6

LISTA DAS IRREGULARIDADES APONTADAS PELO TCM E RESPECTIVAS FREQUÊNCIAS

	FREQ. ABSOLUTA	FREQ. RELATIVA
Prestação enviada incompleta	41	20.00%
Ausência de repasse do INSS dos servidores	85	41.46%
Balancetes mensais enviados fora do prazo	58	28.29%
Ausência de repasse do ISS	44	21.46%
Ausência de repasse do IRRF	59	28.78%
Ausência de repasse de indenizações e restituições	8	3.90%
Ausência de lei que autorizava doações	7	3.41%
Impossibilidade de comprovação de aquisição de bens móveis e imóveis	18	8.78%
Impossibilidade de comprovação do balanço patrimonial	9	4.39%
Presença de saldo negativo de contas	7	3.41%
Não apresentação das notas fiscais da farmácia geral	2	0.98%
Prestação não enviada	22	10.73%
Ausência de contrato referente a empréstimo a servidores	33	16.10%
Ausência de nomeação do responsável pelo Fundo.	2	0.98%
Ausência de licitação para contratação de médicos	0	0.00%
Ausência de licitação para contratação de enfermeiros	31	15.12%
Ausência de licitação para contratação de dentistas	26	12.68%
Ausência de licitação para contratação de fisioterapeuta	14	6.83%
Ausência de licitação para aquisição de medicamentos	65	31.71%
Ausência de licitação para aquisição de combustível	71	34.63%
Ausência de licitação para contratação de serv. de assessoria jurídica	8	3.90%
Ausência de licitação para contratação de bioquímico	4	1.95%
Ausência de licitação para contratação de oculista	4	1.95%
Ausência de licitação para contratação de gêneros alimentícios	39	19.02%
Ausência de licitação para aquisição de material de expediente	24	11.71%
Ausência de licitação para aquisição de	5	2.44%

equipamentos		
Ausência de licitação para contratação de assessoria contábil	28	13.66%
Ausência de contrato para prestação de serviços	15	7.32%
Ausência de licitação para aquisição de material hospitalar	34	16.59%
divergência na conta restos a pagar	8	3.90%
Ausência para contratação de serviços de frete	11	5.37%
Ausência de lei instituidora do Fundo	21	10.24%
Ausência de licitação para aquisição de serviços de análises clínicas	3	1.46%
Ausência de licitação para contratação de serviço social	5	2.44%
Prestação enviada fora do prazo	9	4.39%
Ausência de controle interno	5	2.44%
Ausência de comprovação de saldo financeiro	19	9.27%
Divergência de saldo financeiro	2	0.98%
Ausência de escrituração na conta "restos a pagar"	2	0.98%
Divergência na conta de Aplicações financeiras	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de serv. de vigilância sanitária	3	1.46%
Ausência de licitação para aquisição de locação de veículos	13	6.34%
Ausência de licitação para aquisição de material de limpeza	8	3.90%
Inexistência de documento de controle externo	1	0.49%
Ausência de realização de concurso público	1	0.49%
Ausência de licitação para despesa com material de construção	1	0.49%
Ausência de licitação para despesa com peças automotivas	16	7.80%
Ausência de licitação para despesa com serviços gráficos	10	4.88%
Não repasse de salário família	2	0.98%
Ausência da comprovação da despesa orçamentária e extraorçamentária	2	0.98%
Ausência de licitação para as despesas com aquisição de veículos	12	5.85%
Ausência de licitação para despesas com serviços hospitalares	1	0.49%
Ausência de repasse de pensão alimentícia	7	3.41%
SIM enviado fora do prazo	1	0.49%

SIM não enviado	2	0.98%
Divergências na análise realizada no relatório do SIM	5	2.44%
Ausência de licitação para contratação de serviço de locação de imóvel	5	2.44%
Ausência de licitação e contratos para despesas com aluguel de veículos	13	6.34%
Ausência de licitação para aquisição de material odontológico	8	3.90%
Ausência de licitação para aquisição de serviços farmacêuticos	6	2.93%
Ausência de licitação de serv. de construção de postos de saúde	6	2.93%
Ausência de licitação para serviços de recuperação de prédio	3	1.46%
Ausência de repasse de contribuição sindical	6	2.93%
Ausência de licitação e contrato para publicidade	1	0.49%
Existência de Saldo Financeiro na conta caixa	1	0.49%
Apresentação do resultado patrimonial deficitário	1	0.49%
Atraso no pagamento da COELCE ou CAGECE	2	0.98%
Ausência de licitação para contratação de mão-de-obra	2	0.98%
Irregularidades em processo licitatório	5	2.44%
Divergência das despesas orçamentais anuais e despesas demonstradas	1	0.49%
Divergência entre a despesa orçamentária empenhada e a despesa evidenciada nas notas de empenho	2	0.98%
Divergência entre restos a pagar informados no SIM e os restos a pagar inscritos na prestação de contas	1	0.49%
Despesa com pessoal não condiz com o número de servidores	3	1.46%
Ausência de licitação para contratação de terapeuta ocupacional	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de sev de transformação	1	0.49%
Excesso de concessão de diárias	1	0.49%
Ausência de licitação para transporte de pessoas	3	1.46%
Ausência de retenção do INSS	1	0.49%
Ausência de retenção do ISS	2	0.98%
Ausência de retenção do IRRF	2	0.98%
Ausência de repasse de aposentadoria e pensão	1	0.49%
Ausência de valores da conta bens móveis	1	0.49%
Ausência de licitação para contratação de serv. Técnicos	1	0.49%

Não apresentação da nomeação do gestor	3	1.46%
Ausência de licitação para aquisição de exames	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de serv. Engenharia	3	1.46%
Ausência de licitação para a aquisição de serv. De biólogo	1	0.49%
Ausência de licitação para a aquisição de veterinário	2	0.98%
Ausência de repasse dos valores e rendimentos	1	0.49%
Ausência de repasse de multas	1	0.49%
Ausência de comprovação da conta corrente	1	0.49%
Ausência de licitação para contratação de prestação de serviços	1	0.49%
Divergência entre despesa fixada no orçamento e no balancete	1	0.49%
Realização de contrato colocando recursos públicos como garantia	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de material permanente	2	0.98%
Ausência de licitação para aquisição de gás oxigênio	1	0.49%
Ausência de comprovação dos créditos suplementares abertos	1	0.49%
Ausência de licitação para contratação de Assessoria na área da saúde	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de material médico	1	0.49%
Ausência de relatórios firmados	1	0.49%
Ausência de licitação para aquisição de bicicleta	1	0.49%

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)