

TC 030.898/2015-3

Tipo: Processo de contas anuais, exercício de 2014

Unidade jurisdicionada: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde

Unidades jurisdicionadas consolidadas: Conselho Nacional de Saúde (CNS)

Responsáveis: Luiz Odorico Monteiro de Andrade (CPF 192.493.303-91), André Luis Bonifácio de Carvalho (CPF 277.186.624-20), Kátia Maria Barreto Souto (CPF 268.998.171-87), Julia Maria Santos Roland (CPF 021.445.061-91), Rui Leandro da Silva Santos (CPF 289.986.180-87), Isabel Maria Vilas Boas Senra (CPF 422.282.714-20), Jorge Harada (CPF 073.312.598-06), Augusto Cesar Gadelha Vieira (CPF 261.871.407-53), Eduardo Viola, (CPF 462.875.581-72), Maria Angélica Fernandes Aben-Athar (CPF 645.108.081-00); Lucas Betti de Vasconcellos (CPF 365.089.678-86), Adelina Maria Melo Feijão (CPF 169.032.503-87), Jomilton Costa Souza (CPF 301.570.301-30), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (CPF 203.031.570-20), Vanilda Aparecida Alves (CPF 210.849.631-91).

Advogados constituídos nos autos: não há

Proposta: mérito

INTRODUÇÃO

Cuidam os autos de processo de contas anuais da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), relativo ao exercício de 2014. O processo foi organizado de forma consolidada, conforme classificação constante do art. 5º da Instrução Normativa – TCU 63/2010, do anexo I à Decisão Normativa – TCU 140/2014 e da Portaria – TCU 90/2014. O processo contempla, além das contas da SGEP, as contas do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

2. A unidade jurisdicionada foi criada pelo Decreto 4.726/2003, sob o nome de “Secretaria de Gestão Participativa”, com o objetivo de promover atividades de incentivo à participação social e realizar atividades de ouvidoria. Seu âmbito de atuação é nacional.

3. Com a edição do Decreto 8.065/2013, foi aprovada a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do Ministério da Saúde, bem como o remanejamento dos cargos em comissão.

4. O Decreto 8.065/2013 estabeleceu a seguinte estrutura organizacional para a SGEP:
 - a) Departamento de Apoio à Gestão Participativa;
 - b) Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS;
 - c) Departamento Nacional de Auditoria do SUS;
 - d) Departamento de Articulação Interfederativa;
 - e) Departamento de Informática do SUS (em 13/7/15, deixou de fazer parte da SGEP, consoante Decreto 8.490/2015).
5. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (MS) em 2014 estava organizada em cinco departamentos, sendo responsável, em síntese, pelo fortalecimento do pacto federativo, o fortalecimento da participação e do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), o desenvolvimento de ações de informatização do SUS e do uso adequado dos recursos públicos.
6. O art. 34 do Decreto 8.065/2013 apresenta as competências da SGEP, dentre as quais destacam-se a formulação e implementação da política de gestão democrática e participativa do SUS e o apoio e fortalecimento ao controle social nas diferentes esferas. Além disso, destaca-se também a coordenação das ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, bem como seu fortalecimento e fomento, e a coordenação da Política de Ouvidoria do SUS.
7. Vale salientar, com relação ao exercício de 2014, o papel dessa Secretaria, à época, na coordenação e apoio às atividades relacionadas aos sistemas internos de gestão e aos sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS, à definição de diretrizes do sistema nacional de informações em saúde e às atividades relacionadas com o sistema federal de administração dos recursos de informação e informática no âmbito do Ministério da Saúde, atividades essas a cargo, atualmente, da Secretaria Executiva do MS.
8. Ressalta-se, adicionalmente, que a SGEP exercia, ainda, o papel de órgão setorial do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação (SISP), por intermédio do Departamento de Informática do SUS (Datusus).
9. Por sua vez, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi instituído por meio da Lei 378/1937. Nesse período, o Estado não oferecia assistência médica, a não ser em casos especiais, como tuberculose, hanseníase e doença mental.
10. Com a separação do Ministério da Saúde e da Educação Pública, o CNS foi regulamentado pelo Decreto 34.347/1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde. O Decreto 847/1962 reafirmou a finalidade do Conselho de assistir ao Ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta.
11. O Decreto 67.300/1970 ampliou a atuação do Conselho e, em 1987, foi publicado o Decreto 93.933/1987, dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde. Em 1990, a Lei 8.142 instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde, instâncias de Controle Social.
12. Com o Decreto 99.438/1990, foram regulamentadas as novas atribuições do CNS e definidas as entidades e órgãos que comporiam o novo plenário, com 30 membros. Essa legislação fixou na composição do CNS entre representantes dos usuários, trabalhadores da saúde, gestores (governo) e prestadores de serviço de saúde. Os usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% eram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.
13. Uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006, quando foi publicado o Decreto Presidencial 5.839/2006. Atendendo às deliberações aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde

e 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Conselho passa a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e também passa a eleger seu Presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O CNS passou, então, a contar com 48 conselheiros titulares representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores.

14. Em resumo, o Conselho Nacional de Saúde, órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo, integrante da estrutura regimental do Ministério da Saúde, é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. Seu âmbito de atuação é nacional e suas competências estão estabelecidas no art. 51 do Decreto 8.065/2013. Vale ressaltar que, embora o Conselho não componha o organograma da SGEP, sua ação orçamentária pertence a essa Secretaria, pois é dever dela prestar apoio técnico, administrativo e financeiro ao CNS.

15. Expostas essas características da SGEP e do CNS, é oportuno realçar que, a fim de alcançar suas finalidades de construção de uma gestão estratégica e sistêmica, com impacto e continuidade nas três esferas de governo, foram desenvolvidos pela SGEP macroprocessos relacionados às Ações Orçamentárias constantes da Lei Orçamentária Anual (LOA) de 2014, a saber, os processos de: apoio às práticas de gestão participativa e do Controle Social em Saúde; apoio às práticas de Educação Popular em Saúde; promoção da equidade em saúde das populações vulneráveis; controle interno da aplicação dos recursos do SUS; fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); interlocução entre a Sociedade e o SUS.

16. Dentre os principais produtos oferecidos pela SGEP em virtude da implementação de seus macroprocessos, podem ser citados: apoio técnico aos governos federal, estaduais e municipais para promover a gestão participativa nas áreas da saúde; apoio técnico e financeiro às organizações de movimentos sociais para promover a gestão participativa na saúde; participações na representação do Ministério da Saúde em espaços de discussão para o controle social em saúde; apoio aos conselheiros da Saúde no Programa de Inclusão Digital (PID); apoio técnico-educacional aos grupos incentivadores das práticas de educação popular na área da saúde; encontros, seminários, congressos, cursos, oficinas e eventos em geral; ações de controle interno realizadas, envolvendo auditoria, fiscalizações, verificações de Termo de Ajuste Sanitário (TAS) e visitas técnicas; implantação e implementação do Sistema de Auditoria do SUS (SISAUD/SUS) nas secretarias de saúde estaduais e municipais que aderirem ao sistema; Carta SUS, Ouvidoria Itinerante, Disque Saúde 136 - Pesquisas e Contatos e Serviço de Informação ao Cidadão (SIC).

17. Com relação ao CNS, foram desenvolvidos os processos de articulação entre os entes federados visando o fortalecimento da governança no SUS e o controle social em Saúde. Dentre os principais produtos, podem ser citados o desenvolvimento e a disponibilização de ferramentas para fortalecimento da governança; ações de apoio à articulação de políticas territoriais; a disponibilização de modelo nacional do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) elaborado e pactuado de forma tripartite; a formulação de estratégia e controle da execução da política nacional de saúde em âmbito federal; o estabelecimento de critérios para definição de padrões e parâmetros assistenciais e o acompanhamento da execução do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios.

EXAME TÉCNICO

18. No exame das presentes contas, será dada ênfase na análise dos conteúdos estabelecidos nos itens 1, 2, 3 e 11, do Anexo IV, da DN-TCU 140/2014, a saber: avaliação, considerando a natureza jurídica e o negócio da unidade jurisdicionada, da conformidade das peças exigidas na norma; a avaliação dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão; a avaliação dos indicadores instituídos

pela unidade jurisdicionada para aferir o desempenho da sua gestão; e a avaliação da qualidade e suficiência dos controles internos administrativos instituídos pela unidade jurisdicionada.

19. Além disso, será avaliada a atuação do Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS, a sistemática de avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão, e a evolução do Cartão Nacional do SUS.

20. Os critérios considerados para essas escolhas foram: a necessidade de verificar se os resultados quantitativos e qualitativos estão sendo atingidos, em especial quanto à eficácia e eficiência no cumprimento da execução física e orçamentária das ações da LOA, e se a relação finalidade da ação e objeto do gasto apresenta coerência; a necessidade de verificação das atividades desempenhadas pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) na avaliação sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão, para fins de comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo; a necessidade de verificar se as providências adotadas pela Unidade para a correção de fragilidades identificadas no Projeto Cartão Nacional de Saúde permitiram o atingimento dos objetivos do Projeto; a necessidade de se avaliar a atuação do CNS e a necessidade de verificar se a estrutura de controles internos instituída pela unidade auditada garantem o atingimento de seus objetivos estratégicos.

21. Apesar de estar vinculado à SGEP, as informações sobre o Datasus não fazem parte das presentes contas, pois esse departamento está relacionado no Anexo I da DN-TCU 134/2013, devendo apresentar o seu próprio relatório de gestão individualmente.

22. Quanto às demais constatações apontadas pelo Controle Interno no Relatório de Auditoria Anual de Contas (peça 4, p. 12-80), que tratam dos achados de auditoria nas unidades da SGEP, consideram-se, em geral, suficientes as recomendações já formuladas e/ou determinações do TCU em outros processos, sem prejuízo do acompanhamento nas próximas contas do órgão, conforme manifestação contida nos itens subsequentes. Os itens que necessitem de encaminhamentos específicos desta Corte de Contas serão tratados especificamente no âmbito desta instrução.

I. Avaliação da conformidade das peças que compõem o processo

23. No que se refere aos formatos e conteúdos obrigatórios do Relatório de Gestão da Unidade Auditada, verificou-se que foi contemplado a maioria dos itens solicitados pelo TCU na Parte A, do Anexo II, da DN-TCU 134/2013. Foram identificadas, no entanto, inconsistências pontuais nas informações apresentadas para atendimento a alguns subitens do citado anexo. Ressalta-se, entretanto, que posteriormente a Unidade Auditada encaminhou esclarecimentos sobre as inconsistências detectadas, as quais não apresentarem potencial para ensejar conclusões equivocadas na avaliação dos atos de gestão, tratando-se de impropriedades meramente formais.

24. No Certificado de Auditoria (peça 5), o representante da Secretaria Federal de Controle Interno propôs o julgamento pela regularidade com ressalvas das contas dos Srs. Luiz Odorico Monteiro de Andrade (CPF 192.493.303-91), André Luiz Bonifácio de Carvalho (CPF 277.186.624-20), Augusto Cesar Gadelha Vieira (CPF 261.871.407-53), Vanilda Aparecida Alves (CPF 210.849.631.91), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (CPF 203.031.570-20) e Adelina Maria Melo Feijão (CPF 169.032.503-87), uma vez que lhes foram atribuídas as falhas apontadas à peça 5, p. 2, relativas à:

a) ausência de itens que demonstrassem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória;

b) ausência de documentos que justificassem os quantitativos previstos de cartas-resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS – ECT;

c) ausência de Análise Sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão;

d) não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS; e

e) não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS.

25. Para os demais responsáveis foi proposto o julgamento pela regularidade das contas.

26. No tocante às outras inconsistências verificadas pela Controladoria-Geral da União (peça 4, p. 60-63), considerou-se que as inconsistências relatadas não apresentam potencial para ensejar conclusões equivocadas na avaliação dos atos de gestão, tratando-se de impropriedades meramente formais, argumentação com a qual esta Unidade Técnica concorda.

27. O dirigente do órgão de controle interno acolheu a manifestação expressa no certificado de auditoria (peça 6).

28. O Ministro de Estado da Saúde atestou haver tomado conhecimento das conclusões constantes do relatório de auditoria de gestão, do certificado de auditoria, bem como do parecer conclusivo do dirigente do órgão de controle interno (peça 7).

II. Rol de responsáveis

29. A Controladoria-Geral da União (CGU), ao examinar a gestão dos responsáveis, mencionou, no relatório de auditoria à peça 4, que a unidade elaborou todas as peças a ela atribuídas pelas normas do TCU para o exercício de 2014, contudo, teriam sido identificadas inconsistências específicas no Rol de Responsáveis e no Relatório de Gestão, relacionadas aos períodos de gestão dos agentes e à inclusão equivocada de agentes da Unidade consolidada.

30. No intuito de solucionar tais falhas, a CGU emitiu a Nota de Auditoria 201503599/001, após o que a UJ encaminhou o Rol de Responsáveis corrigido, o qual se encontra anexo ao Certificado de Auditoria (peça 5, p. 3-13), em conformidade com o art. 10 da IN TCU 63/2010, caput e § 2º, e com o anexo I à Decisão Normativa – TCU 140/2014 e com a Portaria – TCU 90/2014. Portanto, para efeito de julgamento das contas, deve ser considerado o Rol de Responsáveis corrigido apresentado à peça 5 do presente processo.

III. Processos conexos e contas de exercícios anteriores

31. Os processos de contas de exercícios anteriores e os processos conexos aos autos em exame estão relacionados no quadro que se segue:

NÚMERO DO TC	TIPO	SITUAÇÃO
041.424/2012-3	Prestação de Contas Ordinária – Exercício de 2011	Encerrado Monitoramento da deliberação: TC 014.627/2015-9
023.307/2013-7	Monitoramento	Aberto: Em instrução

32. No que tange ao processo de contas de exercício anterior e já julgado (Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara – TC 014.424/2012-3), o Tribunal deliberou no sentido de que a SGEP promovesse estudos e desenvolvesse um plano de ação de médio/longo prazo, objetivando racionalizar a gestão de recursos humanos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde na estrutura do Ministério da Saúde (Datusus), de modo a evitar que projetos fossem prejudicados por deficiências de alocação de pessoal entre as unidades de Brasília e Rio de Janeiro (conforme item 1.8.1).

33. O mesmo Acórdão deliberou que fosse dada ciência à SGEP e às suas unidades consolidadas (à exceção do Departamento de Articulação Interfederativa – DAI) acerca da não apresentação dos indicadores institucionais previstos no item 2.4.7 do Anexo Único da Portaria-TCU

123/2011 e no Anexo II da Decisão Normativa TCU 108/2010, e discriminados no Quadro II.C.1, da citada DN (conforme item 1.8.2.1). Também foi dada ciência à SGEF de que essa unidade teria apresentado informações incompletas relativamente às providências adotadas para atender às deliberações exaradas em acórdãos do TCU a que a unidade jurisdicionada se vincularia, ou relativamente às justificativas para o seu não cumprimento, em desacordo ao anexo Único da Portaria – TCU 123/2011 e ao anexo II da DN TCU 108/2010 (conforme item 1.8.2.2).

34. O TC 023.307/2013-7, no âmbito do qual foi proferido o Acórdão 3213/2014- TCU-1ª Câmara, diz respeito a monitoramento de levantamento de auditoria realizado em 2012 no Projeto do Cartão Nacional de Saúde e faz referência a fragilidades relacionadas ao planejamento do projeto e à ausência de medidas efetivas para se sanar tal fragilidade no planejamento. A continuação do projeto, sem um planejamento adequado, poderia ser atribuída, em parte, à discrepância entre a execução financeira e a execução física. Tais falhas acarretam impacto nas presentes contas, haja vista a persistência das falhas verificadas, com proposta de julgamento pela regularidade com ressalvas, em virtude da não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS e da não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS.

IV. Avaliação do planejamento de ação e dos resultados quantitativos e qualitativos da gestão

35. Considerando as diretrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e no Plano Plurianual (PPA 2012-2015), orientadoras do Planejamento Estratégico (PE) do MS, vale dizer que ele é composto por dezesseis Objetivos Estratégicos (OE), definidos em função de prioridades governamentais voltadas à operacionalização das políticas de saúde, com determinação legal para execução descentralizada. Estão a cargo da SGEF os OE 0724 e 0725 (peça 1, p. 49).

36. Nesse sentido, o Objetivo 0724 visa *“Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável”*. As ações orçamentárias vinculadas ao referido Objetivo são: 20YM (Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade); 2016 (Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde) e 8287 (Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS) e 20YN (Sistemas de Tecnologia de Informação e Comunicação para a Saúde – eSaúde). Essa última ação fica a cargo do Departamento de Informática do SUS (Datasus), cujos dados encontram-se no seu Relatório de Gestão.

37. O Objetivo 0725, por sua vez, *(Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS)* tem como ações orçamentárias vinculadas a Ação 6182 (Ouvidoria Nacional de Saúde) e a Ação 8708 (Auditoria do Sistema Único de Saúde).

38. Os resultados das metas quantitativas dos Objetivos mencionados encontram-se à peça 1, p. 49-60 (tópicos 4.2.1 e 4.2.1.1).

Ausência de representatividade entre as metas físicas das Ações 8287 e 6182 apresentadas no Relatório de Gestão e as respectivas metas financeiras (constatação 1.2.1.1)

39. Como contextualização, é adequado informar que a Ação 8287 apresenta como meta física para o ano de 2014 a previsão de 66 Contratos Firmados, entretanto nenhum contrato foi firmado no exercício. Essa meta física relaciona-se à Meta 0724.03 – Contrato Organizativo de Ação Pública assinado em 80% das Regiões de Saúde até 2015 – constante do Objetivo 0724. Foi apresentado no Relatório de Gestão de 2014 que até dezembro desse ano apenas 6,86% da meta teria sido alcançada (peça 1, p. 49), considerando o total de 438 Regiões de Saúde (peça 1, p. 33).

40. Já a respeito da Ação 6182, observa-se que a meta física para 2014 de 84 unidades de Ouvidoria Ativa Realizada foi largamente ultrapassada, atingindo o montante de 190 unidades de

ouvidoria ativa realizada somente nesse ano. Tal ação orçamentária contempla três das quatro metas do Objetivo 0725 descrito no parágrafo 37, referente ao período do PPA (2012-2015). A respeito da Meta 0725.01 (Apoiar a implantação de 125 ouvidorias/ano com sistema informatizado), foi informada a implantação de 361 ouvidorias até o final de 2014, o que representa o alcance de 72,20% da meta inicialmente para o período 2012-2015. Por sua vez, a Meta 0725.3 (Ampliar o Disque Saúde 136, com foco na realização da pesquisa da Rede Cegonha com 400 mil entrevistas até 2015), foram realizadas 260.854 entrevistas até o fim de 2014, representando 65% da meta total. Por fim, para a Meta 0725.04 (Realizar ações de Ouvidoria Ativa no âmbito do SUS com envio de 10 milhões de CartaSUS/ano, até 2015), foi atingida a meta de 93,82%, o que equivale a 37.526.139 cartas enviadas até o fim de 2014 (peça 1, p. 50, e p. 56 a 60).

41. Na análise do Relatório de Gestão da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), referente ao exercício 2014, verificou-se desproporcionalidade entre o estabelecimento das metas quantitativas em relação às metas orçamentárias e financeiras nos dois casos (Ação 8287 e Ação 6182).

42. No que se refere à Ação 8287, foi constatada a execução de aproximadamente 70% da dotação inicial. Contudo, a meta física não teve nenhuma unidade realizada (peça 1, p. 62-63). Por sua vez, no que tange às metas estabelecidas no PPA em relação à Ação 6182 (metas 0725.01, 0725.03 e 0725.04), considera-se que a baixa relação entre essas metas e a meta física da Ação (que seria “ouvidoria ativa realizada” – correspondendo a 84 ouvidorias ativas realizadas) não permitiria a obtenção de visão aprofundada sobre a o montante orçamentário realmente executado. Não seria, assim, possível mensurar o impacto do orçamento no alcance dos resultados pretendidos, de modo a entregar à sociedade os bens e/ou os serviços previstos na Lei Orçamentária.

43. Dessa forma, a CGU recomendou: 1) estabelecer no Plano Plurianual (PPA), no Planejamento Estratégico da unidade e na Lei Orçamentária Anual (LOA) metas que expressem, em relação à dotação orçamentária, o conjunto das atividades essenciais para a implementação das Ações Orçamentárias sob responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SGEP), detalhando, se for o caso, os diversos produtos e serviços a serem entregues em uma mesma Ação Orçamentária por meio de Plano Orçamentário; e 2) revisar o modelo de celebração do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), alterando a estrutura e as condições para contratualização, de forma que propicie o interesse por parte dos gestores na celebração do contrato.

44. Diante do exposto, após as análises desta Unidade Técnica no que diz respeito à constatação 1.2.1.1. do Relatório de Auditoria Anual de Contas (peça 4, p. 14-19), observa-se a desproporcionalidade entre as metas físicas das Ações Orçamentárias 8287 e 6182 e as respectivas metas financeiras, o que vai ao encontro do que foi identificado pelo controle interno. Em vista disso, consideram-se **suficientes** as recomendações emitidas pela CGU, não sendo, portanto, necessárias recomendações adicionais. Entende-se, ainda, que as constatações elencadas não afetam a gestão dos responsáveis.

Ausência de itens que demonstrassem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória e ausência de documentos que justificassem os quantitativos previstos de cartas-resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS - ECT (constatação 1.2.1.2)

45. Conforme exposto pelo Controle Interno, a Ouvidoria Pública se consubstancia em instância de controle e participação social responsável pelo tratamento das reclamações, solicitações, denúncias, sugestões e elogios relativos às políticas e aos serviços públicos, com vistas ao aprimoramento da gestão pública. Sua principal função engloba a contribuição para a efetividade das políticas e dos serviços públicos por meio do processamento de informações obtidas por meio das manifestações recebidas e das pesquisas de satisfação realizadas buscando subsidiar a fiscalização, o monitoramento e a avaliação de serviços prestados pelo SUS.

46. Nesse contexto, a Carta SUS é instrumento de gestão estratégica que envolve a avaliação direta das ações e serviços de saúde pelo cidadão usuário do SUS, pretendendo uma gestão efetivamente participativa, de modo a reforçar o controle e a participação da população na gestão, comunicando, acompanhando, fiscalizando, monitorando e avaliando as internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, por meio de subsídios que contribuam para os gestores do SUS solucionarem, minimizarem e equacionarem as deficiências identificadas e apontadas pelo cidadão. Essa estratégia é mensurada por meio da Meta 0725.04 (Realizar ações de Ouvidoria Ativa no âmbito do SUS, com envio de 10 milhões de CartaSUS/ano, até 2015), do Objetivo 0725 (*Qualificar instrumentos de execução direta, gerando ganhos de produtividade e eficiência para o SUS*), cujos resultados encontram-se descritos à peça 1, p. 50.

47. A Estratégia Carta SUS abrange o encaminhamento de correspondências aos usuários das unidades de saúde que realizam internações e procedimentos de alta complexidade, a fim de se proceder à conferência dos dados relativos à internação/tratamento e à devolução do cartão-resposta com a avaliação do atendimento prestado.

48. A partir da análise processual e das atividades relacionadas ao fluxo de realização da ação, realizada pelo Controle Interno, não teriam sido identificados itens que demonstrassem que a Estratégia Carta SUS teria atingido os resultados qualitativos de forma satisfatória (peça 4, p. 20-24). Não haveria, ainda, documentação que comprovasse o método de tratamento das informações contidas nas cartas-resposta recebidas e nem quais órgãos se utilizariam das informações provenientes das cartas-resposta. Tampouco haveria informações sobre os benefícios qualitativos pretendidos com a estratégia proposta.

49. Em que pese tal constatação, a UJ teria apresentado documento demonstrando os procedimentos utilizados para a apuração das denúncias decorrentes da Carta SUS. No que se refere especificamente às demandas com ausência de respostas ou com respostas incoerentes recebidas a partir da referida estratégia, a CGU considerou válida a iniciativa adotada pela SGEP de repassá-las ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (Denasus), mais especificamente aquelas relacionadas ao pagamento indevido de procedimentos e ao relato de ausência de procedimentos.

50. Apesar disso, concluiu-se que não teria restado demonstrado de forma suficiente que a execução da Carta SUS ofertaria resultados qualitativos à sociedade. Apesar da capacidade de alcance da ação e do benefício financeiro alcançado por meio das auditorias realizadas, não restaram demonstradas melhorias na prestação dos serviços.

51. De acordo com o órgão de Controle Interno, não haveria relatório gerencial específico para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), vez que essa unidade técnica seria responsável pelo monitoramento e avaliação da assistência de média e alta complexidade quanto à sua capacidade operacional. Dessa forma, haveria prejuízo à utilização da Carta SUS como instrumento de fiscalização e monitoramento dos recursos aplicados, haja vista a sua não utilização para a melhoria do atendimento de média e alta complexidade.

52. Teriam restado, ainda, não comprovados por meio de documentos os benefícios financeiros alcançados no período de utilização da estratégia (2011-2014), de modo a justificar sua continuidade. Em resposta encaminhada à CGU em 2015 (consoante mencionado à peça 4, p. 22), a SGEP alegou que o processo de tratamento das informações oriundas da Carta SUS passariam por aperfeiçoamentos qualitativos e quantitativos, com aprimoramento dos relatórios produzidos e do fluxo de informações. Tal processo, inclusive, já estaria em fase de elaboração, por meio de grupo de trabalho específico, com previsão para conclusão do projeto de aprimoramento para janeiro de 2016, além de outras medidas adicionais, tais como parceria com a Fiocruz-PE, oficinas de capacitação para utilização de softwares de análise quantitativa e qualitativa, dentre outros, em momento posterior.

53. Foi apontada pela CGU como causa para que os resultados qualitativos pretendidos com a Carta SUS não fossem atingidos de forma satisfatória a ausência de projeto que apresentasse claramente: os objetivos; as responsabilidades das áreas que deveriam atuar a partir das informações produzidas; a metodologia aplicada na execução da Estratégica Carta SUS e os benefícios quantitativos e qualitativos esperados (peça 4, p. 21).

54. Foram atribuídas as responsabilidades pelas falhas verificadas à Diretora do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (Doges), em vista da atribuição de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS (inciso I, art. 36, do Decreto 8.065/2013) e aos gestores que ocuparam a função de Secretário de Gestão Estratégica e Participativa de modo efetivo e substitutivo, no exercício de 2014, tendo em vista as atribuições de formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social; e formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão (inciso I e IX, art. 34 do Decreto 8.065/2013), consoante Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

55. A CGU recomendou, então: 1) elaborar projeto que apresente os objetivos, as responsabilidades das áreas que devem atuar a partir das informações produzidas, a metodologia aplicada na execução da Estratégica Carta SUS e os benefícios quantitativos e qualitativos esperados; e 2) aperfeiçoar o processo de tratamento das informações provenientes da Carta SUS, produzindo relatórios gerenciais para as áreas técnicas do Ministério da Saúde, em especial à Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, para subsidiar a formulação de políticas de gestão do SUS e a implementação de melhorias na prestação de serviços.

56. Em suma, considera-se que as impropriedades elencadas na presente constatação decorreriam basicamente do descumprimento de itens essenciais para o regular funcionamento dos serviços de Ouvidoria do SUS. Percebe-se, pelas análises desta Unidade Técnica no que diz respeito à constatação 1.2.1.2 do Relatório de Auditoria Anual de Contas (peça 4, p. 20-24), em consonância com o identificado pelo controle interno, que a SGEF não demonstrou de forma suficiente que a execução da Ação 6182 estaria ofertando resultados qualitativos à sociedade.

57. Ressalta-se que, apesar de as informações complementares indicarem que a Unidade estaria gradativamente adotando providências, o atendimento pleno às recomendações somente poderá ser atestado após a comprovação de realização das ações indicadas. Portanto, tendo em vista que a conclusão das referidas ações está prevista para o período entre janeiro e julho de 2016, as recomendações seriam acompanhadas pela CGU por meio do Plano de Providências Permanente (PPP) e, conseqüentemente, por este Tribunal. Considera-se, portanto, suficientes as recomendações emitidas pela CGU para a presente constatação.

58. No entanto, diante de todo o exposto, propõe-se que a falha consubstanciada na ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS tenha atingido os resultados qualitativos de forma satisfatória seja considerada como **ressalva por ocasião do julgamento das presentes contas**. Ademais, esta Unidade Técnica considera como suficientes as recomendações emitidas pela CGU, não sendo, portanto, necessárias recomendações adicionais.

Ausência de documentos que justifiquem os quantitativos previstos de cartas-resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS - ECT (constatação 1.2.1.3)

59. Ainda com relação à Estratégia Carta SUS, foi avaliado pelo órgão de Controle Interno o planejamento da SGEF quanto à execução dessa estratégia e a sua conformidade com a real necessidade do objeto do gasto. Para tanto, procedeu-se à análise da evolução do quantitativo previsto de execução do serviço durante a vigência contratual.

60. Nesse sentido, foi verificado especificamente o contrato 21/2011/MS – ECT, referente à prestação de atividades relacionadas à execução do serviço da Carta SUS (consoante descrito à peça

4, p. 24). O valor total da contratação contempla a quantidade de objetos impressos/distribuídos e a quantidade estimada da devolução das correspondências respondidas.

61. As demandas estimadas do serviço prestado contratadas entre 1/12/2011 e 30/11/2013 constam do quadro à peça 4, p. 24, período no qual, segundo o Controle Interno, houve a assinatura do primeiro Termo de Aditamento, em 1/12/2012, prorrogando o prazo de vigência inicial por mais um ano. Para esse período, total estimado mensal de R\$ 1.530.000,00 e total estimado anual de R\$ 18.360.000,00.

62. O segundo Termo Aditivo (TA) foi assinado posteriormente, prorrogando a vigência contratual para o período de 1/12/2013 a 31/11/2014, no valor total estimado mensal de R\$ 1.912.000,00 e total estimado anual de R\$ 22.950.000,00 (consoante quadro à peça 4, p. 25). O terceiro TA, por sua vez, prorrogou a vigência contratual de 1/12/2014 a 30/11/2015, com valor total anual estimado em R\$ 22.950.000,00 (consoante quadro à peça 4, p. 25).

63. Ao se proceder à comparação entre os quantitativos mensais estimados de produção objetos, envio de carta comercial e devolução da carta-resposta ao longo da vigência contratual (consoante quadro de evolução dos valores contratuais à peça 4, p. 25), foi constatado o aumento da previsão do quantitativo de cartas produzidas e distribuídas e a diminuição do quantitativo previsto de respostas e devolução de cartas-resposta.

64. De acordo com a CGU, a SGEP, como área demandante dos serviços e responsável pela gestão da Ação Orçamentária a que se vinculariam os gastos, considerou na previsão uma quantia considerável de recursos que não produziram resultados. Além disso, não teriam sido apresentados documentos que justificassem os quantitativos previstos de cartas-respostas respondidas e devolvidas, conforme estabelecido no Contrato 21/2011/MS – ECT, ou que justificassem a aceitação de quantidade considerável de cartas sem resultado.

65. Nesse sentido, foi dito que não haveria estudo/projeto que demonstrasse que os benefícios qualitativos para a sociedade, provenientes da implementação da Carta SUS, superassem os riscos de perda no montante de R\$ 50.735.160,00, ao longo da vigência contratual (1/12/2011 a 30/11/2015); e que motivassem o incremento da previsão do quantitativo de cartas comerciais produzidas e distribuídas durante a vigência contratual.

66. Em suma, foram identificadas como causas pelo órgão de Controle Interno: a) a ausência de projeto que apresentasse claramente os objetivos, as responsabilidades das áreas que deveriam atuar a partir das informações produzidas, a metodologia aplicada na execução da Estratégia Carta SUS e os resultados esperados; e b) a ausência de estudos que justificassem os quantitativos previstos no Contrato 21/2011/MS–ECT e em seus termos de aditamentos. Foram atribuídas as responsabilidades pelos atos citados à Diretora do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS em vista da atribuição de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS (inciso I, art. 36, do Decreto 8.065/2013), consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

67. Diante do exposto, a CGU emitiu as seguintes recomendações: 1) elaborar estudo que subsidie a renovação do Contrato 21/2011/MS – ECT ou a celebração de novo contrato com objetivo semelhante, no sentido de demonstrar que o quantitativo de cartas-resposta devolvidas é necessária e suficiente para que a pesquisa atenda sua finalidade, provendo informações como subsídio para a tomada de decisão dos gestores do SUS; 2) elaborar relatório anual contendo os registros dos benefícios quantitativos provenientes da Estratégia Carta SUS, decorrentes da atuação no âmbito do Componente Federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), informando os impactos positivos em termos monetários auferidos a partir das ações de fiscalização provenientes das denúncias encaminhadas por meio do Projeto Carta SUS; 3) atuar em conjunto com as áreas finalísticas do Ministério da Saúde, com o objetivo de elaborar relatório anual contendo os registros dos benefícios

qualitativos provenientes da Estratégia Carta SUS, informando os impactos positivos observados na prestação dos serviços de Internação Hospitalar e na realização de procedimentos de Alta Complexidade resultantes da implementação de melhorias provenientes das informações obtidas por meio do Projeto Carta SUS.

68. Com base na situação exposta no Relatório de Auditoria, pode-se concluir que a SGEP não teria apresentado documentos que justificassem os quantitativos previstos de cartas-resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS – ECT ou que fornecessem subsídios suficientes para que a Secretaria, ao implementar a Carta SUS, julgasse aceitável a previsão que uma quantidade considerável de cartas não produziria resultados.

69. Além disso, que não restou identificado estudo ou projeto que demonstrasse que os benefícios qualitativos para a sociedade, provenientes da implementação da Carta SUS, superassem os riscos de perdas ao longo da vigência contratual, e que pudessem justificar o incremento da previsão do quantitativo de cartas comerciais produzidas e distribuídas durante a vigência contratual.

70. Considera-se, ainda, em consonância com a análise efetuada pela CGU, a necessidade de articulação/gestões conjuntas entre a SGEP e as áreas finalísticas do Ministério da Saúde, de modo a avaliar o impacto resultante das informações obtidas por meio do Projeto Carta SUS, bem como os seus benefícios frente aos custos de implementação.

71. Propõe-se, portanto, em relação à constatação 1.2.1.3 do Relatório de Auditoria Anual de Contas (peça 4, p. 24-31), que a falha consubstanciada na ausência de documentos que justifiquem os quantitativos previstos de cartas-resposta respondidas e devolvidas, estabelecidas no Contrato 21/2011/MS-ECT deve ser considerada como **ressalva por ocasião do julgamento das presentes contas**. No entanto, considera-se que as recomendações emitidas pela CGU são **suficientes** para mitigar as falhas mencionadas, não sendo necessária a emissão de novas recomendações relativamente ao assunto.

Avaliação dos Resultados Quantitativos e Qualitativos - Disque Saúde 136 (informação 1.2.1.4.)

72. Foi verificado pela CGU o Processo 25000.204191/2011-79, cujo objeto seria o contrato de serviços de teleatendimento para o funcionamento do Disque Saúde 136. O Disque Saúde 136 é um canal de comunicação entre o cidadão e o Ministério da Saúde, por meio do qual são recebidas, classificadas e encaminhadas às áreas competentes manifestações, que podem ser solicitações, denúncias, reclamações, sugestões, elogios ou pedidos de informações sobre doenças. Por meio desse serviço, é possível realizar pesquisas, consultando a opinião dos usuários do Sistema Único de Saúde, possibilitando a avaliação de programas e ações de saúde.

73. Em 2014, teriam sido recebidas 19.859 manifestações por meio do Disque Saúde 136, sendo 3.552 denúncias, 435 elogios, 5.665 reclamações, 9.215, solicitações, 295 sugestões e 697 pedidos de informações.

74. Considerando o total de 400.000 pesquisas com os usuários do SUS sobre o projeto Rede Cegonha, previsto no PPA 2012-2015 para 2014, teriam sido realizadas apenas 63.000, de modo que não teria restado atendido o quantitativo esperado de 100.000 pesquisas, o que corresponderia a um quarto de 400.000 (Peça 1, p. 50 e 59-60). A esse respeito, o Relatório de Gestão da SGEP menciona fatores intervenientes: adequações e implementações no Sistema de Pesquisa da Ouvidoria do SUS, entregue ao Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges) no final do mês de setembro de 2014, a suspensão da pesquisa no período eleitoral, compreendido entre os meses de junho a outubro e a revisão dos itens do questionário da pesquisa realizado pela área técnica do Ministério da Saúde.

75. No que se refere especificamente ao Disque Saúde 136, verificou-se o cumprimento das competências atribuídas ao Doges elencadas nos incisos III, V, VI e VII do art. 36 do Decreto 8.065/2013, considerando que esse mecanismo representaria canal de participação dos usuários na avaliação dos serviços prestados pelo SUS. Além disso, o Disque Saúde 136 pode ser considerado

como ferramenta de realização de estudos e pesquisas para subsidiar políticas de gestão do SUS; a atualização e divulgação de manuais técnicos em diversas áreas da unidade, bem como a existência de sistemático monitoramento das metas e produtos a serem entregues pela UJ contribuindo para o alcance da missão da SGEP. Dessa forma, **não se considera**, nesse momento, **necessário** formular recomendações adicionais a esse respeito, consoante posicionamento do Controle Interno.

Ausência de Análise Sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão pelo Denasus (constatação 1.2.1.5.)

76. Foi avaliada a gestão da SGEP na análise dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) apresentados por entes federados, especificamente quanto à atuação do Denasus na análise dos RAG. Verificou-se a ausência de análise sistemática desses relatórios, sobretudo no que se refere à comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo, de modo a identificar física e financeiramente, para análise, o destino dessas aplicações (peça 5, p. 33-40).

77. A CGU requisitou à SGEP que detalhasse os resultados das atividades realizadas, no exercício de 2014, com relação à avaliação dos Relatórios Anuais de Gestão de estados e municípios.

78. O Plano Estratégico do Ministério da Saúde no Objetivo Estratégico 09, Estratégia 05, demonstrou que o produto “Ações de controle realizadas nos instrumentos de gestão por meio de análise do Relatório de Gestão” teria sido suspenso por orientação da SGEP, com o propósito de ser executada no ano seguinte (2015), visando definir melhor o escopo da atividade, considerando as mudanças de orientações aos gestores no que se refere à elaboração do RAG e sua inserção no sistema informatizado, a saber, o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS).

79. Na manifestação do gestor em resposta à CGU, foi confirmada a referida suspensão das ações de controle realizadas nos instrumentos de gestão por meio de análise do RAG, tendo sido informado que, após articulação com os demais componentes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), a SGEP concluiu que a auditoria em RAG deve ser realizada, de forma integrada no exercício de 2015, pelas três esferas. Foi informada pela Secretaria, ainda, a realização de oficinas regionais de planejamento integrado, para preparar as equipes para realização da ação e para que a execução destas seja uniformizada.

80. De acordo com a SGEP, a comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios seria competência expressa dos Conselhos de Saúde e dos Tribunais de Contas, conforme Resolução CNS 453/2012, Decreto 1.651/1995 e Lei Complementar 141/2012, não cabendo ao Ministério da Saúde analisar e aprovar Relatórios de Gestão. Segundo a Secretaria, não haveria que se falar em delegação de competência, e que o Denasus poderia atuar, em último caso, por amostragem considerando o fato de que esse Departamento seria um dos órgãos de auditoria que compõe o SNA.

81. Quanto à necessidade de normatização, por meio de portaria do Ministério da Saúde, do fluxo e das informações a serem verificadas quando da análise dos Relatórios de Gestão, a Secretaria informou que dispõe de protocolo em que são definidos, dentre outros aspectos da ação, os objetivos gerais e específicos.

82. Em que pese o teor das respostas apresentadas pela SGEP, a CGU considerou que a unidade se encontraria descumprindo normativos ao não executar a análise sistemática do RAG, isso porque, ainda que a Resolução CNS 453/2012, o Decreto 1.651/1995 e a Lei Complementar 141/2012 sejam claros quanto às competências dos Tribunais de Contas e dos Conselhos de Saúde no processo, tal fato não excluiria a competência do Ministério da Saúde quanto a esse aspecto.

83. Entendeu a CGU que a prévia análise e aprovação do RAG pelos Conselhos não retiraria a responsabilidade do gestor em atuar na avaliação dos recursos transferidos aos Estados e Municípios. Seria, portanto, responsabilidade do Ministério da Saúde o acompanhamento, por meio do seu sistema de auditoria, da conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios e, pelo sistema de amostragem, proceder à verificação da

veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, em consonância com o § 4º, do art. 33 da Lei 8.080/1990 e o art. 42 da Lei Complementar 141/2012, não restando dúvidas quanto à necessidade de atuação do Denasus, como órgão componente federal do SNA, na análise ativa e sistemática dos RAG.

84. De acordo com a CGU, seria necessária a emissão de portaria do Ministério da Saúde, a fim de definir o fluxo e as linhas gerais do processo de análise sistemática, considerando que, apesar de tal atividade estar prevista em lei, sua execução estaria sendo constantemente prorrogada. A SGEP registrou seu compromisso em finalizar a elaboração da minuta de portaria até 30/9/2015, quando apresentaria a referida minuta para discussão junto às instâncias de gestão responsáveis. Faz-se, portanto, necessário que o Denasus proceda à devida análise dos relatórios de gestão, segundo preceitua a legislação vigente, vez que tal fato não estaria ocorrendo.

85. Restou, portanto, evidenciada a responsabilidade do Diretor do Denasus e do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, tendo em vista as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS (inciso III, art. 37, do Decreto 8.065/2013) e de coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (inciso X, art. 34, do Decreto 8.065/2013), consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

86. A CGU recomendou à SGEP que essa unidade apresentasse à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde proposta de regulamentação do fluxo e das responsabilidades dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS no processo de análise sistemática dos Relatórios de Gestão da Saúde. Considera-se a referida recomendação suficiente para solucionar a questão.

87. No entanto, considerando que a legislação vigente determinaria ao Denasus a necessidade de atuação na análise sistemática dos relatórios de gestão, e que a unidade, em que pese os avanços no planejamento das atividades, estaria descumprindo a sua obrigação, propõe-se que a impropriedade relativa à ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão pelo Denasus deva ser considerada como **ressalva no julgamento das presentes contas**.

Intempestividade e Ausência de Avaliação de Risco no Planejamento das Atividades de Auditoria do Denasus (Constatação 1.2.1.6)

88. Foi efetuada análise no intuito de identificar se o mecanismo de planejamento das atividades de auditoria do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) definiria os riscos inerentes aos objetos a serem analisados, os resultados esperados, os recursos humanos a serem empregados e a amplitude dos exames a serem realizados (peça 4, p. 40-46).

89. Em sua análise, a CGU procurou verificar, ainda, se o Relatório Anual de Atividades de Auditoria (RAAA) do Denasus apresentaria relato sobre as atividades de auditoria, em função das ações planejadas constantes do Plano Anual de Atividades de Auditoria do exercício anterior, bem como das ações críticas ou não planejadas, mas que exigiram atuação da unidade de auditoria.

90. Ao proceder à análise do Plano Anual de Atividades de Auditoria do Denasus (PAAA) e do RAAA, consideradas as especificidades do Denasus como unidade atípica de controle interno e a estruturação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a CGU constatou intempestividade no PAAA, tendo sido afirmado pela SGEP que a tempestividade no referido planejamento seria almejada em exercícios posteriores.

91. De acordo com a SGEP, em virtude de ter sido o PAAA instituído em 2014 e, portanto, encontrar-se em processo de aperfeiçoamento, informações referentes a demandas, tarefas, etapas de execução, período de execução, definição de equipe, escopo e objeto da ação se encontrariam registradas fora do Plano, no Sistema de Auditoria do SUS (SisaudSUS).

92. Foi, ainda, verificada a ausência de avaliação quanto ao risco no detalhamento das

atividades que compõem o PAAA e na metodologia de elaboração do Plano. Os aspectos relacionados à análise de risco identificados pela CGU encontram-se descritos à peça 4, p. 43.

93. Segundo a CGU, as falhas identificadas fragilizariam a atuação do Denasus, dificultando a melhor alocação dos recursos dessa unidade, considerando a falta de detalhamento do risco inerente ao trabalho e dos resultados esperados.

94. De acordo com o Denasus, não obstante as falhas identificadas e, ainda, considerando as dificuldades enfrentadas pela unidade para cumprimento de suas demandas, o número de ações de controle realizadas teria sido 12% superior ao previsto, porém, apenas 751 das 1138 ações de controle teriam correspondido ao planejado. Além disso, teriam sido avaliados pelo Denasus 74 objetos distintos, com o atendimento de demandas de forma pulverizada.

95. Como causa das fragilidades encontradas, foram apontadas pela CGU a inexistência de estrutura normativa definindo as informações necessárias ao planejamento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS e a ausência de capacitação em análise de riscos, cuja responsabilidade pela proposição seria do Diretor do Departamento de Auditoria do SUS, considerando, as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS (inciso III, art. 37 do decreto 8.065/2013), consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

96. A CGU, então, recomendou ao Denasus, considerando as boas práticas contidas na IN-SFC/CGU 01/2007, que essa unidade introduzisse no Plano Anual de Atividades de Auditoria (PAAA), no que coubesse, as informações previstas no § 1º, do art. 2 da IN, especialmente, aquelas contidas nos incisos II, IV, V e VIII. Também foi recomendada a realização de capacitação de servidores efetivos em análise de riscos com vistas à introdução do conhecimento na Unidade.

97. Diante do exposto, observa-se que o Denasus buscou aprimorar sua atuação e as suas ações de controle, com base na elaboração do PAAA. Porém, a partir da leitura do relatório de auditoria, conclui-se que não foi possível comprovar a realização de planejamento com análise de riscos por parte da UJ. Em que pese tal constatação, foi informado pelo Departamento à CGU que estaria em avaliação a introdução de análise de risco nos próximos planejamentos de auditoria.

98. Assim, faz-se necessário que o Denasus explicita, em seu planejamento, critérios e métodos que permitam obter insumos para tomada de decisão dos gestores das secretarias finalísticas, de forma a permitir o aprimoramento do SUS e o benefício daqueles por ele atendidos, sobretudo no que se refere à avaliação de riscos em seus trabalhos de auditoria. No entanto, ante o fato de ter sido prevista a realização desse tipo de análise pela unidade e, ainda, tendo em vista o teor das recomendações proferidas pela CGU, **não se considera necessário** emitir nova recomendação a respeito desse assunto.

Não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS (constatação 1.2.1.8.)

99. Inicialmente, cumpre mencionar que o item 1.2.1.7 do Relatório de Auditoria (peça 4, p. 46-48) traz informações gerais acerca do Cartão Nacional do SUS e que serão mencionadas em certos aspectos na análise da presente constatação (cuja menção consta do documento à peça 4, p. 48-54). O referido cartão, criado em 1999 para identificar o usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e o registro histórico de seus atendimentos, possibilitaria algumas funcionalidades: a utilização de prontuários eletrônicos, uma melhora no processo de planejamento, monitoramento, avaliação e controle na área de saúde, permitindo a interação com outros sistemas de informação oficiais, além de poder subsidiar a compensação financeira entre os municípios e o ressarcimento ao SUS de recursos gastos por usuários de planos de saúde privados.

100. O Projeto do Cartão Nacional de Saúde foi incluído em levantamento realizado pelo TCU no início de 2009 (TC 002.088/2009-2 – Acórdãos 2788/2009-TCU-Plenário e 1089/2010-TCU-

Plenário) em razão de sua relevância para o desenvolvimento do SUS. Ademais, a materialidade dos recursos públicos aplicados desde o início do projeto contrastava com a ausência de resultado das ações de implantação do Cartão. Nesse primeiro levantamento, foram identificados riscos como: a) transformação do Cartão SUS em apenas um cadastro de usuários e seus domicílios; b) sucateamento e obsolescência dos equipamentos adquiridos no projeto piloto do Cartão SUS; c) utilização do número do Cartão SUS para fraudar internações e procedimentos de alto custo; d) perda do conhecimento adquirido no treinamento ministrado sobre a operação do sistema do Cartão SUS e deslocamento dos recursos humanos treinados para outras atividades.

101. Em 2010, foi constatada por meio de Auditoria da CGU a divergência entre as execuções financeira e física do projeto, e, ainda, o fato de, após 11 anos e o dispêndio de mais de 370 milhões de reais, não terem sido alcançadas funcionalidades que efetivamente trouxessem benefícios ao SUS. As constatações verificadas motivaram a emissão de recomendação, por parte do órgão de Controle Interno, no sentido de instaurar o procedimento administrativo adequado com vistas a apurar a responsabilidade relativa à realização de gastos de recursos públicos sem a devida implementação do Projeto Cartão Nacional de Saúde. Além disso, foi recomendado à SGEP a elaboração de planejamento que contemplasse o estabelecimento de objetivos, estratégias, ações, metas e cronogramas físicos e financeiros detalhados para o Projeto Cartão Nacional de Saúde.

102. Em 2011, a fim de revitalizar o Cartão Nacional de Saúde, ocorreu a reformulação de seu marco regulatório, tendo sido editadas as portarias: GM/MS 940/2011 (regulamentando o Sistema Cartão Nacional de Saúde e apresentando um novo desenho para o Cartão); SE/MS 763/2011 (dispondo sobre o preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde do usuário no registro de procedimentos ambulatoriais e hospitalares); e GM/MS 2073/2011 (regulamentando o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, inclusive sistemas de origem privada e do setor de saúde suplementar).

103. No mesmo ano, o TCU realizou outro levantamento no Projeto Cartão Nacional de Saúde (TC 032.238/2011-8 – Acórdão 1613/2012-TCU-1ª Câmara), com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre o projeto em tela.

104. Ressalta-se que o referido Acórdão fez menção ao relatório da CGU no que se refere à deficiência do planejamento no projeto. Além disso, a deliberação destaca que não havia detalhamento adequado à complexidade do projeto e apresenta inconsistências e omissões. Nesse sentido, foi determinado à SGEP, por meio do Acórdão 1613/2012-TCU-1ª Câmara (reiterado pelo Acórdão 4181/2014-TCU-1ª Câmara – TC 023.307/2013-7) que elaborasse e apresentasse ao Tribunal, entre outros, os seguintes documentos:

9.1.1.3. Descrição detalhada dos sistemas de informações a serem desenvolvidos ou das adaptações necessárias aos sistemas existentes (novos cadastros, rotinas e relatórios), incluindo o cronograma previsto para a conclusão das atividades: i. para o processo de compensação financeira entre os municípios que atendem usuários de outras localidades no âmbito da Programação Pactuada e Integrada; ii. para o processo de ressarcimento ao SUS utilizando os dados do Cartão SUS; (...)

9.1.1.7. Planejamento do projeto para implantação do Cartão SUS em todas as suas funcionalidades, nos moldes do que preconiza o Guia de Referência em Projetos do EGPP - Escritório de Gestão de Projetos e Processos do Ministério da Saúde, observando a necessidade de detalhar adequadamente, no mínimo, a descrição de escopo, prazos, custos, responsabilidades, riscos e aquisições pretendidas no âmbito do projeto; (...)

9.1.1.11. Descrição detalhada da iniciativa ou dos mecanismos propostos para a solução para o problema da duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS.

105. A CGU mencionou a resposta apresentada pela SGEP ao citado Acórdão (peça 4, p. 49 e TC 023.307/2013-7, peça 39), qual seja, um planejamento composto pelas seguintes ações: Diagnóstico, Arquitetura e Desenvolvimento, Planejamento de obtenções que se iniciariam em 2011

com tempos estimados de 12, 24 e 18 meses, respectivamente, e ações de Capacitação com transferência tecnológica e de Suporte e Manutenção continuada, com início em 2013, a serem realizadas em 24 e 36 meses, respectivamente.

106. Destacou-se que o planejamento relacionaria objetivos de cada uma das ações, mas não detalharia certos elementos, tais como a forma de realizar as ações, as estratégias a serem adotadas, as metas e etapas do processo e os cronogramas físicos e financeiros detalhados. A Nota Técnica 190/2015 da CGU considerou a recomendação não atendida e o TCU, por meio do Acórdão 4181/2014-TCU-1ª Câmara, considerou esses itens parcialmente cumpridos.

107. Vale mencionar também o Acórdão 3213/2014-TCU-1ª Câmara, que recomendou a: inclusão de auditoria de conformidade no plano de fiscalizações da SecexSaúde, tendo por objeto a execução das ações orçamentárias referentes ao Cartão Nacional de Saúde, incluindo a avaliação de processos de licitações, contratos e convênios, levando-se em consideração os indícios de irregularidades identificados no levantamento que originou o Acórdão TCU-1ª Câmara 1613/2012, oportunidade em que, dentre outros tópicos, deverá ser realizada a análise do projeto de planejamento de implantação do Cartão Nacional de Saúde; a Metodologia de Gerenciamento de Projetos – MGP do Datasus e o mecanismo de funcionamento de higienização de dados para resolver o problema de duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS.

108. Adicionalmente, foi informado que a CGU, por meio da Nota Técnica 190/2015 DSSAU/DS/SFC/CGUPR, teria reiterado a necessidade de um planejamento mais acurado, da responsabilização pelos gastos dispendidos sem uma razoável contrapartida de resultados (peça 4, p. 48). O Datasus, em resposta à CGU, teria reapresentado o Plano de Ação para Implementação do Cartão Nacional de Saúde, informando que, devido a mudanças tecnológicas e ao cenário atual, algumas das ações desse Plano teriam sido remodeladas. Segundo essa Nota Técnica, estaria em curso a integração dos sistemas corporativos de informação da saúde por meio do Cartão Nacional de Saúde. A CGU ressaltou que, apesar de haver vários documentos acerca dos objetivos a serem alcançados pelo Cartão SUS, tais documentos divergiriam entre si, consoante descrito à peça 4, p. 50.

109. Foi apontada, então, a existência de fragilidade quanto ao planejamento do projeto e a ausência de medidas efetivas para se sanar tal fragilidade no planejamento. A continuação do projeto, sem um planejamento adequado, poderia ser atribuída, em parte, à discrepância entre a execução financeira e a execução física.

110. A causa constatada para as deficiências identificadas seria a indefinição, por parte da SGEP, quanto aos objetivos atingíveis do Cartão SUS, tendo em vista as atribuições de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (incisos XVI e XVII, art. 34, do Decreto 8.065/2013), e da Diretoria do Departamento de Informática do SUS, por sua atribuição de avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas ao desenvolvimento de informações para ações de saúde, de desenvolver e de pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos e de gestão do Ministério da Saúde (incisos I e II do art. 38, do Decreto 8.065/2013).

111. Além disso, a CGU considerou que o planejamento apresentado por meio da Nota Técnica 007/2015 não atenderia às recomendações anteriores de detalhamento, por não apresentar cronogramas de prazos e gastos e nem previsão sobre os benefícios que tornariam o Cartão Nacional de Saúde efetivo ao SUS. Assim, o planejamento apresentado estaria relacionado apenas à etapa intermediária que a SGEP entendeu ser necessária para alcançar os benefícios esperados, mas que não estariam incluídos no planejamento.

112. Sobre o projeto Ressarcimento, foi dito que, embora o sucesso alcançado pela ANS nos ressarcimentos dependa de consulta ao banco de dados do SUS, segundo a CGU, esse sucesso não estaria especificamente relacionado ao número do Cartão Nacional de Saúde. Essa Controladoria

entendeu que todo projeto necessitaria de atualizações constantes e replanejamento, como instrumento indispensável para melhor gestão dos recursos públicos. Assim, o planejamento então apresentado, acabaria por se revelar uma expectativa frágil, diante da quantidade de recursos públicos envolvida. Persistiria, também, o fato de que, ainda não teriam sido constatados benefícios concretos advindos do projeto, iniciado em 1999.

113. Assim, a CGU recomendou à SGEP que desenvolvesse planejamento que contemplasse o estabelecimento de objetivos, estratégias, ações, metas e cronogramas físicos e financeiros detalhados para o Projeto Cartão Nacional de Saúde.

114. Considerando a persistência na fragilidade dos processos de planejamento das ações referentes ao Projeto, agravada pela não adoção tempestiva de medidas a fim de sanear tais fragilidades, haja vista a continuidade do projeto mesmo com discrepância entre a execução física e a execução financeira, entende-se que a recomendação da CGU à SGEP é adequada para o saneamento da irregularidade verificada.

115. Além disso, considerando que, por meio do Acórdão TCU-1ª Câmara 3213/2014, recomendou à SecexSaúde a “inclusão de auditoria de conformidade no plano de fiscalizações da SecexSaúde, tendo por objeto a execução das ações orçamentárias referentes ao Cartão Nacional de Saúde, incluindo a avaliação de processos de licitações, contratos e convênios, levando-se em consideração os indícios de irregularidades identificados no levantamento que originou o Acórdão TCU-1ª Câmara 1613/2012, oportunidade em que, dentre outros tópicos, deverá ser realizada a análise do projeto de planejamento de implantação do CNS; a Metodologia de Gerenciamento de Projetos (MGP) do DATASUS e o mecanismo de funcionamento de higienização de dados para resolver o problema de duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS”, não é necessário, por hora, emitir recomendações adicionais.

116. No entanto, vale ressaltar que, de acordo com o Relatório de Gestão de 2015 da SGEP (Peça 8, p. 102), a recomendação emitida pela CGU em 2014 não caberia mais à SGEP, e sim, à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, por terem sido as atribuições relativas a esse assunto passado a fazer parte das atribuições da Secretaria Executiva em 2015.

117. Restou, portanto, evidenciada a responsabilidade do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, bem como do Secretário Substituto, tendo em vista as atribuições de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (incisos XVI e XVII, art. 34 do Decreto 8.065/2013). Também resta caracterizada a responsabilidade do Diretor do Departamento de Informática do SUS, por sua atribuição de avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas ao desenvolvimento de informações para ações de saúde, desenvolver e de pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos e de gestão do Ministério da Saúde (incisos I e II do art. 38 do art. 34 do Decreto 8.065/2013), consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

118. Por fim, propõe-se que as contas de 2014 dos responsáveis sejam julgadas **regulares com ressalvas**, em virtude da ausência de adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS, consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

Não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS (constatação 1.2.1.9.)

119. Verificou-se que o Projeto do Cartão Nacional de Saúde ainda não apresentaria funcionalidades significativas para o Sistema Único de Saúde. De acordo com a CGU, continuaria pendente a instauração de procedimento administrativo adequado para apurar a responsabilidade relacionada ao gasto de recursos públicos sem a devida implementação do Projeto do Cartão Nacional

de Saúde (peça 4, p. 54-60).

120. A CGU constatou que, além dos gastos de 370 milhões sem a obtenção de resultados significativos até o exercício de 2010, nos anos de 2011 a 2014, teriam sido liquidadas despesas na ordem de 73 milhões de reais (conforme o quadro à peça 4, p. 54). Além disso, os objetivos iniciais do Cartão, diretamente relacionados às razões que justificariam a existência do projeto, a exemplo do Prontuário Eletrônico, sequer faziam parte do escopo do projeto em 2014.

121. No que se refere ao ressarcimento dos planos de saúde privados ao SUS, foi constatado que, embora o número do Cartão fosse variável importante no processamento das ações para o ressarcimento ao SUS, não teriam sido apresentadas evidências que corroborassem tal fato. Além disso, o preenchimento do número do Cartão Nacional de Saúde só passaria a ser obrigatório, para essa finalidade, a partir de 30/6/2015.

122. Com relação à possibilidade de utilização do Cartão para subsídio do processo de compensação entre os municípios, restaria pendente de definição, por parte dos gestores, acerca de como se daria a integração de seus sistemas de informação com o Cartão, não qualquer previsão acerca desse possível benefício.

123. Adicionalmente, segundo a SGEP, no que diz respeito ao cadastramento dos usuários, haveria um total de 377.628.976 registros na base de dados, dos quais 42.205.771 registros potencialmente duplicados e 258.158.584 registros únicos. Segundo a SGEP, o fato de existir cerca de 258 milhões de registros únicos na base de dados não significaria a existência desse mesmo quantitativo de usuários cadastrados (peça 4, p. 55).

124. A esse respeito, o MS alegou que um determinado usuário do SUS poderia ter mais de um registro vinculado a seu cadastro, ou seja, um usuário do SUS poderia ter “N” ou mais registros vinculados, sendo cadastros originários de um processo de cadastramento descentralizado, no qual seria possível, para o usuário do SUS, realizar mais de um cadastro na base de dados nacional. Foi também informada a implantação de ferramenta de higienização desse banco de dados, que faria uma comparação entre os dados dos cadastros, e, a partir de uma certa correlação, o sistema unificaria os registros. Se a correlação fosse mínima, o registro seria considerado como novo. Em uma correlação intermediária, o registro seria considerado com um potencial duplicado, sendo necessária a intervenção humana para definir se existiria duplicidade ou não. No entanto, não teria sido informado critério para a existência de mais de 42 milhões de registros potencialmente duplicados e que não dependeriam de intervenção humana, fato com potencial de prejudicar o alcance dos objetivos do Projeto.

125. Como causa para a discrepância identificada, foi mencionada a ausência de planejamento que, especificando objetivos, metas, estratégias, detalhando cronogramas de prazos e de gastos financeiros, estabelecesse uma relação clara entre as ações e os resultados esperados, funcionalidades que trouxessem efetivo benefício ao SUS, evitando, assim, gastos não efetivos.

126. A responsabilidade por tal ocorrência seria da SGEP, tendo em vista as atribuições de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços (incisos XVI e XVII, art. 34, do Decreto 8.065/2013) e da Diretoria do Departamento de Informática do SUS, por sua atribuição de avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas ao desenvolvimento de informações para ações de saúde, desenvolver e de pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos e de gestão do Ministério da Saúde (incisos I e II do art. 38 do art. 34 do Decreto 8.065/2013), consoante exposto na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

127. Em consonância com o que foi observado no Relatório de Auditoria (peça 4, p. 60), cumpre ressaltar que, se as regras a serem seguidas pelo operador dos cadastros do Cartão fossem

claras e definidas, não haveria necessidade da etapa manual de higienização dos dados, de modo que o sistema faria a unificação de tais dados automaticamente.

128. De acordo com a CGU, a fragilidade maior estaria consubstanciada na falta de segurança do processo de unificação automática, haja vista a necessidade de se proceder a outro tipo de verificação adicional, com prejuízos à implementação dos benefícios reais advindos do Projeto.

129. A recomendação emitida pela CGU foi, então, no sentido de instaurar procedimento administrativo adequado com vistas a apurar a responsabilidade relativa à realização de gastos de recursos públicos sem a devida implementação do Projeto Cartão Nacional de Saúde.

130. Consoante exposto no tópico da presente instrução relacionado à ausência de adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS, considera-se que a discrepância entre a execução física e a execução financeira contribuiu para a persistência na fragilidade dos processos de planejamento das ações do Projeto.

131. Além disso, considerando que, por meio do Acórdão TCU-1ª Câmara 3213/2014, foi recomendado à SecexSaúde a “inclusão de auditoria de conformidade no plano de fiscalizações da SecexSaúde, tendo por objeto a execução das ações orçamentárias referentes ao Cartão Nacional de Saúde, incluindo a avaliação de processos de licitações, contratos e convênios, levando-se em consideração os indícios de irregularidades identificados no levantamento que originou o Acórdão TCU-1ª Câmara 1613/2012, oportunidade em que, dentre outros tópicos, deverá ser realizada a análise do projeto de planejamento de implantação do CNS; a Metodologia de Gerenciamento de Projetos – MGP do DATASUS e o mecanismo de funcionamento de higienização de dados para resolver o problema de duplicidade de cadastros na base nacional de usuários do SUS”, não é necessário, por hora, emitir recomendações adicionais.

132. Restou, portanto, evidenciada a responsabilidade do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa, do Secretário Substituto e do Diretor do Departamento de Informática do SUS, em desatenção às atribuições elencadas no parágrafo 117, que aplicam-se também a esta constatação, consoante apresentado na Matriz de Responsabilização anexa à presente instrução.

133. Por fim, propõe-se que as contas de 2014 dos responsáveis sejam julgadas **regulares com ressalvas**, em virtude da não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS, consoante exposto na matriz de responsabilização anexa à presente instrução.

V. Avaliação dos indicadores

134. No que se refere à avaliação dos indicadores, ressalta-se que, consoante estabelecido na Parte A, do Anexo II, da DN-TCU 134/2014, referente aos formatos e conteúdos obrigatórios do Relatório de Gestão da UJ, foi verificada a ausência de menção aos indicadores de desempenho operacional (peça 4, p. 61).

135. Verificou-se que a SGEP apresentou informações relacionadas aos indicadores no próprio Relatório de Gestão (peça 1, p. 121-122), porém esses indicadores ainda não haviam sido validados. Além disso, a CGU ressaltou que deveria constar no referido relatório análise comparativa dos índices previstos e observados relativamente ao exercício de referência (peça 4, p. 63).

136. Segundo a SGEP, esses indicadores apresentados (proposta de indicadores) derivam de um processo de discussão interna entre a equipe da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento da SGEP (CGPLAN) e o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS), e que necessitariam ainda de validação, em virtude de processo de transição interna do Ministério da Saúde. A planilha ali apresentada demonstraria os indicadores atualmente constantes no Sistema e-Car, sistema de monitoramento de indicadores utilizado pelo MS.

137. A CGU considerou que as inconsistências sobre os indicadores de desempenho operacional não apresentariam potencial para ensejar conclusões equivocadas na avaliação dos atos de gestão, tratando-se de impropriedade formal (peça 4, p 63).

138. Além disso, no capítulo do relatório de auditoria do Controle Interno relacionado ao atendimento às recomendações da CGU (peça 4, p. 64), foi destacado o não atendimento à recomendação no sentido de implementar indicadores para o programa “Gestão da Política de Saúde – 0016”, que possibilitassem a identificação de melhorias dos serviços de saúde decorrentes do incremento na gestão interfederativa do SUS.

139. Na justificativa apresentada pela SGEP, foi dito que o Programa 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde” substituiu o anterior e manteve ações similares sob a responsabilidade da Unidade, de modo que a mesma situação relativa à qualificação dos indicadores constantes da planilha e presentes no Sistema e-Car foi mencionada.

140. A CGU considerou que os indicadores não teriam sido instituídos, de modo que, ainda que a recomendação restasse pendente de atendimento, não teria ocorrido impacto na gestão. Ressaltou-se que a SGEP teria avançado nos controles internos administrativos, no sentido de atender às recomendações da CGU, entretanto, ainda não teria cumprido integralmente tais recomendações.

141. A fim de verificar as medidas adotadas pela SGEP em 2015 relativamente ao andamento da proposta de indicadores, foi consultado, no âmbito da SecexSaúde, o Relatório de Gestão da UJ relacionado ao exercício de 2015 (peça 8, p. 77). Nesse documento, a SGEP informou ter sido elaborada proposta de qualificação dos indicadores de monitoramento e avaliação para seus resultados após um processo de discussão interna entre a equipe da Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN/SGEP) e o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS). Contudo, a proposta não teria sido validada no colegiado da SGEP, por não se distinguirem o bastante das metas já acompanhadas regularmente. Tendo em vista o início do novo ciclo do PPA 2016-2019 e a consequente elaboração, já em curso, do plano de ação da Secretaria, essa UJ informou que seriam elaborados indicadores que subsidiariam o monitoramento do desempenho da gestão ainda no primeiro semestre de 2016.

142. Nesse sentido, entende-se que o acompanhamento da evolução e qualificação dos indicadores deve continuar a ser feito no âmbito das contas anuais, tanto pela CGU, quanto pelo TCU, por meio de verificação de itens específicos nos Relatórios de Gestão relacionados aos indicadores, não havendo, por hora, a proposta de novas recomendações ou determinações.

VI. Avaliação da estrutura de governança e de controle internos

143. No que se refere à avaliação da estrutura de governança e de controles internos, a CGU buscou verificar se a estrutura de controles internos instituída pela SGEP garantiria o atingimento de seus objetivos estratégicos. Nesse sentido, foram avaliados os seguintes componentes do controle interno: ambiente de controle, avaliação de risco, procedimentos de controle, informação e comunicação e monitoramento (peça 4, p. 66-73), consoante exposto no quadro abaixo:

Quadro 1 – Constatações da CGU e Manifestação da SGEP

Ambiente de controle	
Constatação	Manifestação da SGEP
O Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde não se encontraria atualizado, acarretando incompatibilidades entre a competência prevista no inciso VI, do artigo 51, do Decreto 8.065/2013 (acompanhar a execução do cronograma de transferência de recursos	No que tange à estrutura de pessoal disponível na unidade, a SGEP teria enumerado as dificuldades relativas à alocação de pessoal no Denasus e apresentado Minuta de Exposição de Motivos Interministerial e Anteprojeto de Lei – Criação do cargo de Analista de Controle Interno do Sistema Único de Saúde, bem como teria apresentado Diagnóstico da Necessidade de Pessoal



financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios) e o disposto no inciso III, do art. 10º, da Resolução CNS 407/2008, (elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS).	para o encaminhamento de solicitação de concurso para o exercício de 2015. Por meio desse diagnóstico, a unidade teria considerado a estrutura de pessoal incompatível com as atividades desempenhadas. Além disso, a SGEP mencionou, que haveria relação de diversos manuais e publicações disponíveis no site do Sistema Nacional de Auditoria, em que constariam instruções a serem seguidas pelos técnicos do Denasus e dos Componentes Estaduais e Municipais de Auditoria. Além disso, as práticas operacionais e de rotinas seriam estabelecidas para nortear e padronizar as atividades desenvolvidas pelos técnicos do Denasus, por meio de Comunicado Técnico Administrativos (CTA), disponíveis no Sistema de Auditoria.
---	---

Avaliação de Risco

Constatação	Manifestação da SGEP
Os objetivos e metas da unidade jurisdicionada estariam formalizados e a identificação dos processos críticos para a consecução das atividades seria realizada, porém, ocorreria apenas para algum dos produtos a serem entregues (peça 4, p. 68-70).	O Ministério da Saúde teria desenvolvido um modelo de acompanhamento para os resultados pactuados no Planejamento Estratégico (PE) que compreenderia uma sistemática de monitoramento por meio de sistema informatizado (E-Car), que instrumentalizam as áreas técnicas no decorrer do alcance de suas metas.
Não constariam do Planejamento Estratégico da unidade, ainda, práticas de diagnósticos dos riscos envolvidos, bem como a identificação da probabilidade de ocorrência desses riscos e a consequente adoção de medidas para mitigá-los. Tampouco teria sido identificada a definição de níveis de riscos operacionais, de informações e de conformidade que poderiam ser assumidos pelos diversos níveis da gestão ou, ainda, informações acerca da contínua avaliação de riscos, de modo a identificar mudanças no perfil de risco da UJ ocasionadas por transformações nos ambientes interno e externo.	Especificamente, no que se refere às atividades da Ouvidoria, não foram apresentados outros diagnósticos de risco, além dos relacionados ao E-Car. No âmbito da gestão do Cartão Nacional do SUS, o Datasus apresentou, por meio do documento Estratégia do Sistema Cartão v.1.0, análise simplificada dos fatores de influência à execução da estratégia do Cartão Saúde, baseada na metodologia SWOT.
Ausência de classificação e mensuração de riscos, de modo a serem tratados em uma escala de prioridades e a gerar informações úteis à tomada de decisão. Quanto à adoção de providências para instauração de processos administrativos e de restituição ao erário, o dirigente máximo da SGEP não teria adotado providências para a totalidade dos itens com recomendação de apuração de responsabilidade	Com relação à ocorrência de fraudes e desvios, a SGEP informou que a prática adotada é de submissão à autoridade máxima da Unidade dos casos em que sejam constatadas alguma conduta cometida por servidor que mereça apuração, com vistas ao encaminhamento à Corregedoria Geral do Ministério da Saúde. Para as situações que visem o seu efetivo ressarcimento aos cofres públicos, a UJ informou que a atuação depende do resultado das Sindicâncias e dos Processos Administrativos Disciplinares - PAD levados a efeito, fazendo-se cumprir, por meio dos canais institucionais competentes as determinações oriundas da autoridade prolatora das medidas referentes aos mecanismos de ressarcimento.

Atividades de Controle

Constatação	Manifestação da SGEP
Com relação à adoção de políticas e ações de natureza preventiva, a SGEP apresentou o Plano Diretor de Tecnologia da Informação (PDTI), com identificação de políticas e ações de natureza preventiva com o objetivo de mitigar riscos. Tal documento concentrou-se nas atividades desempenhadas pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus) (peça 4, p. 71). As	A UJ apresentou à CGU Plano de Ação para Implantação do Cartão Nacional do SUS, que demonstraria o andamento das ações que estariam em curso para viabilizar a implantação do cartão. A SGEP informou a utilização da ferramenta E-CAR, na qual seriam averiguados os pontos críticos na execução das ações e os resultados planejados, por meio de pareceres de monitoramento com a identificação dos riscos, apontados pelos pontos críticos, de forma a subsidiar a proposição de ações mitigadoras.

ações voltadas a garantir a não duplicidade do cadastro dos usuários não teria sido considerada efetiva.	
Com relação ao E-CAR, verificou-se que apenas alguns dos pareceres sobre a situação atual dos produtos a serem entregues pela SGEP identificariam os pontos críticos.	A identificação de pontos críticos não evidenciaria, para a maioria dos itens, a adoção de políticas e ações de natureza preventiva. Pelo contrário, seriam apresentadas recomendações apenas quando o produto ou resultado não estaria sendo atingido, ou seja, ações de natureza corretiva.
<u>Informação e Comunicação</u>	
Constatação	Manifestação da SGEP
Verificou-se a existência de diversos instrumentos de comunicação, tanto para público interno, quanto para o público externo da SGEP.	Nos aspectos orçamentário e financeiro, foi mencionada a existência, nos portais do Fundo Nacional de Saúde e no Saúde Com Mais Transparência, de informações sobre a execução dos recursos da SGEP e das demais secretarias do Ministério da Saúde (peça 4, p. 72). Além disso, a Secretaria possuiria contas em diversas redes sociais, de modo a aproximar-se do público externo.
<u>Monitoramento</u>	
Constatação	Manifestação da SGEP
Não atingimento de metas relevantes, tais como a de assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).	A SGEP apresentou monitoramento das ações executadas, com manifestação atualizada sobre o atingimento das metas e a entrega dos produtos, com produção de relatórios que evidenciariam a sistemática de monitoramento dos controles internos no exercício auditado.

144. No que se refere ao aspecto referente ao monitoramento, cumpre tecer algumas considerações. Nesse sentido, vale ressaltar que, apesar do não atingimento de metas relevantes, tais como a de assinatura do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), a SGEP apresentou monitoramento das ações executadas, com manifestação atualizada sobre o atingimento das metas e a entrega dos produtos. Haveria relatórios que evidenciariam a sistemática de acompanhamento (monitoramento) dos controles internos no exercício auditado, notadamente os relacionados aos resultados elencados no Planejamento Estratégico e monitorados por meio de sistema informatizado.

145. Porém, em certas áreas, como a Ouvidoria do SUS, os resultados definidos não contemplariam toda a complexidade da execução da ação governamental, haja vista o produto monitorado estar estabelecido de forma genérica, não contemplando toda a complexidade da execução da ação governamental.

146. Considera-se, assim, que a estrutura e os procedimentos de controles internos administrativos, embora sejam suficientes para permitir o acompanhamento das ações das respectivas áreas e contribuam para o atingimento dos objetivos estratégicos, existem fragilidades que devem ser objeto de adequação.

147. Assim, diante de todo o exposto no presente tópico acerca da avaliação dos controles internos administrativos da UJ e considerando a necessidade de sanar fragilidades nesse aspecto, propõe-se **recomendar** à SGEP que elabore plano de ação com a finalidade de sanar as fragilidades identificadas pela CGU com relação aos controles internos, sobretudo quanto aos seguintes aspectos:

a) desatualização do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, que acarretaria incompatibilidades entre a competência prevista no inciso VI, do artigo 51, do Decreto 8.065/2013 e o contido no inciso III, do art. 10º, da Resolução CNS 407/2008;

b) ausência de previsão normativa de modo a garantir ou incentivar a participação dos servidores dos diversos níveis da estrutura da SGEP na elaboração de procedimentos e instruções operacionais;

c) não identificação dos limites de alçada relativamente aos normativos de delegação de competência vigentes;

d) lacunas no diagnóstico e na classificação de riscos da unidade, bem como as medidas para mitigá-los, de modo a subsidiar o processo de tomada de decisões;

e) necessidade de ampliação do monitoramento dos resultados da atuação governamental.

VII. Avaliação da execução orçamentária e financeira

148. A SGEP tem sob sua responsabilidade as seguintes ações vinculadas ao Programa 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde: 20YM – “Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade”; 8287 – “Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS”; 6182 – “Ouvidoria Nacional de Saúde”; 8708 – “Auditoria do Sistema Único de Saúde” e 2016 – “Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”.

149. Apresentam-se, sinteticamente, os resultados informados pela unidade jurisdicionada no Relatório de Gestão do exercício de 2014 (peça 1, p. 60-67), e, ainda, com base nos dados extraídos do Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), comparando-se as metas previstas e realizadas, e, quando pertinente à análise das contas, as justificativas apresentadas pelos responsáveis quando não alcançados os níveis de execução planejados, seguidas da correspondente análise:

Tabela 1 – Execução Orçamentária das Ações da SGEP

Ação	Descrição da Meta Física	Meta Física			Execução Financeira				
		Prevista	Realizada	Realizada/Prevista (%)	Dotação final	Despesa empenhada	Despesa liquidada	Empenhada / dotação final (%)	Liquidada/ dotação final (%)
20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade	População beneficiada	50.000	46.884	93,76%	39.400.000,00	32.197.881,89	20.656.427,26	81,67%	52,56%
2016 – Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde	Conselho mantido	1	1	100%	11.000.000,00	9.456.853,76	7.316.447,54	85,97%	66,51%
8287 – Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS	Contrato firmado	66	0	0%	35.000.000,00	32.245.400,00	24.633.134,24	92,13%	70,38%
6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde	Ouvidoria ativa realizada	84	190	226%	62.500.000,00	58.821.371,27	41.393.606,20	94,11%	66,23%
8708 – Auditoria do Sistema Único de Saúde	Ações de auditoria realizadas	1000	1283	128%	9.800.000,00	5.794.504,17	4.967.881,38	59,13%	50,69%

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP) – acesso em 22/4/2016 e Relatório de Gestão SGEP/2014

150. As informações relativas aos Restos a Pagar (RAP) em 2014 para as ações a cargo da SGEP encontram-se transcritas abaixo:

Tabela 2 – Execução de restos a pagar relativos às ações no âmbito do Programa 2015 – “Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde” em 2014

Ação	RAP inscritos (em R\$) 31/12/2014		RAP não processados (em R\$) exercícios anteriores		
	Processados	Não processados	Valor em 1/1/2014	Liquidado	Cancelados



20YM - Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade	0,00	11.441.455,00	8.256.687,00	6.068.714,00	521.918,00
2016 – Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde	0,00	2.140.406,00	556.054,00	499.879,00	13.521,00
8287 – Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS	0,00	7.612.266,00	5.309.307,00	4.955.510,00	322.840,00
6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde	750,00	17.427.765,00	14.740.992,00	9.667.631,00	4.182.827,00
8708 – Auditoria do Sistema Único de Saúde	0,00	826.623,00	2.703.902,00	2.451.238,00	37.292,00

Fonte: Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOOP) – acesso em 22/4/2016 e Relatório de Gestão SGE/2014

Ação 20YM – Ampliação das Práticas de Gestão Participativa, de Controle Social, de Educação Popular em Saúde e Implementação de Políticas de Promoção da Equidade

151. Segundo a SGE/2014, a Ação 20YM está a cargo do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP). Da dotação inicial houve um cancelamento de R\$ 13.800.000,00, valor este suplementado ao Datasus para atendimento de demandas prioritárias daquele departamento.

152. Do valor empenhado pelo DAGEP para a ampliação das práticas de gestão participativa, de controle social, de educação em saúde e de mobilização social, teria sido utilizado mais da metade (51,5%) para o empenho de termos de cooperação. Já o valor de capital teria sido utilizado para o empenho da compra de televisores para o Programa de Inclusão Digital (PID).

153. Com relação à inscrição de restos a pagar em 2014, o valor seria representativo devido ao fato de que muitos Termos de Execução Descentralizada (TED) foram firmados no final do exercício, não havendo tempo hábil para a sua execução no mesmo exercício.

154. Em relação aos restos a pagar não processados inscritos e reinscritos em exercícios anteriores, ao se somar os valores liquidados (majoritariamente termos de cooperação) e cancelados durante o exercício, foi obtido o quantitativo de aproximadamente 80%, o que indicaria que pouco mais de 20% seguiriam reinscritos após o encerramento do ano. Após posicionamento do departamento, a Coordenação de Planejamento e Orçamento da SGE/2014 teria encaminhado às áreas competentes solicitação de anulação de saldos remanescentes de parte dos empenhos.

155. Sobre os restos a pagar mantidos, esses referem-se, em sua maioria, a termos de cooperação e convênios ainda vigentes. Em alguns casos, haveria problemas técnicos e de documentação de convênios, inviabilizando os seus pagamentos.

156. No que tange às metas físicas do DAGEP, que inclui a mobilização e capacitação de pessoas com foco na gestão participativa e no controle social, a meta total reprogramada de 35.000 pessoas teria sido superada em cerca de 12.000 indivíduos, mesmo com o contingenciamento orçamentário de que teria sido alvo o departamento.

Ação 2016 – Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde

157. Com relação à Ação 2016 – “Funcionamento do Conselho Nacional de Saúde”, foi informado que a meta da ação (Conselho mantido e em funcionamento) foi executada em sua totalidade e plenitude. De acordo com o Relatório de Gestão (peça 1, p. 61-62), o CNS não teria deixado de realizar qualquer ação considerada relevante para cumprir sua missão, não havendo nenhuma restrição orçamentária. Os recursos orçamentários teriam sido liberados regularmente.

158. Considerou-se, ainda, que a aplicação dos recursos financeiros teria beneficiado o fortalecimento do controle social, promovendo a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Em 2014 o CNS teria cancelado R\$ 700.000,00 de

capital para suplementação do valor em custeio.

Ação 8287 – Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS

159. No que se refere à Ação 8287 – “Aprimoramento da Articulação e Cooperação Interfederativa e da Gestão Compartilhada do SUS”, a SGEP informou em seu Relatório de Gestão (peça 1, p. 62-63) que o Departamento de Articulação Interfederativa (DAI) teria iniciado o ano de 2014 com uma dotação orçamentária inicial de R\$ 46.500.000,00 para custeio e R\$ 3.500.000,00 para capital.

160. Dos recursos de custeio, R\$ 15.000.000,00 teriam sido redirecionados para outro departamento da Secretaria, a saber, o Departamento de Informática do SUS (Datusus). Dos recursos de capital, 21% teriam sido utilizados na aquisição de 28 kits de videoconferências - 01 para cada Comissão Intergestores Bipartite (26), a Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal e Comissão Intergestores Tripartite, como parte do projeto de inclusão digital dessas comissões, propiciando uma maior comunicação entre elas - e 20% foram remanejados para custeio.

161. Dos recursos de custeio, 98% teriam sido empenhados para viabilizar as ações do DAI, conforme seu planejamento estratégico, em torno de um único resultado – Contratos Organizativos da ação Pública da Saúde (COAP). Para alcance desse resultado, cinco produtos teriam sido definidos como processos intermediários: 1) processo de planejamento do SUS organizado, com ênfase no planejamento regional integrado; 2) apoio integrado implementado como estratégia de cooperação interfederativa; 3) processo de regionalização do SUS apoiado; 4) processo de contratualização interfederativa aprimorado e; 5) comissões intergestores apoiadas. No entanto, percebeu-se que esses produtos, ainda que com desenvolvimento satisfatório, não teriam levado ao alcance ideal do resultado, o que se comprovou com o alcance de 5,49% das regiões de saúde com COAP implantados no período 2012-2015, contrastando com a meta programada de 80%. No que se refere à representatividade das metas relacionadas às ações 8287, a análise constante dos parágrafos 39 a 44 da presente instrução trataram do assunto. Na referida análise, concluiu-se que as recomendações emitidas pela CGU seriam suficientes para tratar a questão, não sendo necessária a proposição de novas recomendações.

162. Em que pese não ter sido celebrado nenhum Contrato Organizativo de Ação Pública nas regiões de saúde em 2014, o gasto financeiro nesse exercício advindo das ações implementadas pelo Departamento de Articulação Interfederativa teria sido de R\$ 24.633.134,00, correspondendo a cerca de 70,4% da sua dotação atualizada.

163. A respeito desse assunto, cabe mencionar que, em virtude do monitoramento do item 9.1.3 do Acórdão 1714/2015-TCU-Plenário, a ser realizado, **não se mostram necessárias novas recomendações a respeito**. O referido acórdão recomendou ao Ministério da Saúde a realização de diagnóstico das causas da não adesão ao Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (Coap) e a elaboração de um plano de ação com vistas a enfrentá-las, prevendo etapas e prazos para a respectiva implementação.

164. Dos recursos empenhados, 76% teriam sido pagos no exercício e 24% teriam sido inscritos como resto a pagar, pois os Termos de Execução Descentralizada teriam sido firmados, em sua maioria, no 2º semestre do ano.

Ação 6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde

165. No que concerne à Ação 6182 – Ouvidoria Nacional de Saúde, teria sido repassado ao Datusus o montante de R\$ 17.500.000,00, de uma dotação inicial de R\$ 81.200.000,00, em virtude da necessidade de desenvolvimento, por parte do Datusus, de ações prioritárias para o funcionamento e aprimoramento de recursos e ações tecnológicas no âmbito do Ministério da Saúde, além de R\$ 1.200.000,00 que foram contingenciados. A maioria dos valores inscritos em restos a pagar decorrem

de contratos continuados, cuja liquidação ocorreria ainda no primeiro semestre do exercício de 2015. O restante do valor seria referente aos termos de cooperação que estariam vigentes e cuja execução continuaria no exercício de 2015.

166. Conforme informado, as ações adotadas para execução das metas tiveram êxito, no entanto alguns fatores, tais como atraso em licitações, provocaram a necessidade de adoção de medidas a fim de mitigar os danos, para que não fosse prejudicada a prestação de alguns serviços ao cidadão como o teleatendimento, a realização de pesquisas, dentre outras ações voltadas para execução das estratégias de Ouvidoria Ativa. Contudo, a melhoria da interlocução entre os parceiros e os representantes das outras esferas de gestão do SUS responsáveis pelas ouvidorias estaduais, teriam contribuído para que os resultados fossem alcançados e até superados.

167. Quanto ao saldo de restos a pagar de exercícios anteriores não liquidados e não cancelados (R\$ 890.532,98), foi realizado um levantamento e adotado os seguintes procedimentos: quanto ao montante de R\$ 613.900,86 foi proposto o cancelamento no início de 2015 e o restante serão reinscritos, totalizando R\$ 276.632,12 em razão de serem correspondentes a Termos de Cooperação e Contratos ainda vigentes e com despesas previstas.

8708 – Auditoria do Sistema Único de Saúde

168. No que diz respeito à Ação 8708 – “Auditoria do Sistema Único de Saúde”, foi dito no Relatório de Gestão da SGEP de 2014 (peça 1, p. 65), que, no referido exercício, o Datasus teria realizado 1.283 ações de controle frente a 1.000 ações programadas.

169. Desse total, as atividades teriam sido divididas da seguinte forma: 956 auditorias, 9 fiscalizações, 68 verificações do Termo de Ajuste Sanitário (TAS) e 250 visitas técnicas. Dentre as ações do departamento, as prioritárias seriam: Saúde Toda Hora – SAMU 192, Saúde da Mulher – CA de Cóló de Útero, Saúde da Mulher – Rede Cegonha, Saúde não tem preço – Farmácia Popular, Política Nacional de Cirurgia Eletiva, CartaSUS, ações nas Unidades Básicas de Saúde que integrariam o Programa Requalifica UBS, ações de controle realizadas nas unidades prisionais que integrariam o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, ações de controle realizadas em ações e serviços de promoção da Saúde do Trabalhador e verificação do TAS.

170. Teriam sido redistribuídos R\$ 2.200.000,00 relativos a custeio e R\$ 2.000.000,00 de capital para o Datasus. Dentre os recursos não executados, R\$ 2.206.992,00 relativos a custeio teriam sido provenientes de decisões da gestão no sentido de alterar o planejamento de cinco para três encontros regionais (norte/centro-oeste, sul/sudeste e nordeste), a não realização da exposição sobre o SNA e a não descentralização de recursos fundo a fundo da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS). E, dentre os recursos de capital, R\$ 1.798.504,00 estariam relacionados a problemas licitatórios decorrentes de licitações vazias, de termos de referências não conclusos e/ou de insucesso na adesão de registros de preços pelo Datasus e SAA.

171. Quanto aos recursos inscritos em Restos a Pagar, o montante de R\$ 826.622,79 em 2014 teria sido proveniente de eventos, viagens e compras de equipamentos/mobiliários realizados no final do ano e não liquidados no exercício.

Demais aspectos relacionados à execução orçamentária

172. No que se refere ao item “Tópicos Especiais de Execução Orçamentária e Financeira”, a SGEP alegou não se aplicar à unidade a análise relativa a despesas com publicidade e propaganda; reconhecimento de passivos por insuficiência de créditos ou recursos; transferência de recursos; suprimento de fundos; renúncias de receitas sob a gestão da UJ; e gestão de precatórios (peça 1, p. 91).

VIII. Avaliação da gestão de pessoas e da terceirização de mão de obra

173. De acordo com o Relatório de Gestão de 2014, a SGEP, citando a IN-TCU 63/2010, a

DN-TCU 134/2013 e a Portaria-TCU 90/2014, informou que a exigência de prestação de contas de parte dos conteúdos do item relacionado à avaliação da gestão de pessoas e da terceirização de mão de obra da SGEP seria inaplicável, a saber:

Tabela 3 – Itens não aplicáveis relacionados à avaliação da gestão de pessoas

Título	Justificativa
Irregularidades na área de Pessoal	Este item não se aplica a SGEP, faz parte das informações fornecidas no Relatório de Gestão da Secretaria Executiva.
Acumulação indevida de Cargos, Funções e Empregos Públicos	A Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (CGESP/SAA/SE) é a coordenação responsável por este controle.
Terceirização Irregular de Cargos	Não ocorreu no período.
Riscos Identificados na Gestão de Pessoas	A Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (CGESP/SAA/SE) é a coordenação responsável por este controle.
Identificadores Gerenciais sobre Recursos Humanos	A Coordenação Geral de Gestão de Pessoas (CGESP/SAA/SE) é a coordenação responsável por este controle.
Contratação de mão de obra de apoio e de estagiários.	A demonstração da composição do quadro de estagiários será apresentada no Relatório de Gestão da Secretaria Executiva (SE) a qual detém entre suas unidades uma responsável pela gestão de cadastro de estagiários.
Contratação de Serviços de Limpeza, Higiene e Vigilância.	A demonstração dos serviços de limpeza, higiene e vigilância será apresentada no Relatório de Gestão da Secretaria Executiva (SE) a qual detém entre suas unidades uma responsável pela gestão de desses serviços.
Locação de Mão de Obra para atividades não Abrangidas pelo Plano de Cargos do Órgão	Os contratos de prestação de serviços com locação de mão de obra serão apresentados no Relatório de Gestão da Secretaria Executiva (SE) a qual detém entre suas unidades uma responsável pela gestão de desses contratos.

Fonte: Relatório de Gestão SGEP – 2014 (peça 1, p. 98)

174. O quadro de pessoal da unidade jurisdicionada, em dezembro de 2014, contava com 278 servidores, sendo 228 efetivos, 37 servidores sem vínculo com a Administração Pública e 13 servidores com contratos temporários. Todos estavam lotados em atividades-fim.

175. Verifica-se, assim, que a quantidade de servidores com contratos temporários e sem vínculos com a Administração Pública representa cerca de 18% do total de servidores da SGEP, sendo que a totalidade desses servidores se encontra lotada na área fim da Secretaria. Além disso, no que se refere aos cargos em comissão e às funções comissionadas, cerca de 30% dos cargos se refere a servidores sem vínculo com a Administração, consoante o quadro A.6.1.1.3 (peça 1, p. 99).

176. Considerando que a gestão de recursos humanos da unidade jurisdicionada estaria sob responsabilidade da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, de acordo com o inciso II, do art. 4º, do Decreto 8.065/2013, resta **inoportuna**, neste momento, **a adoção de qualquer medida**, por esta Corte de Contas, direcionada à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

IX. Avaliação da gestão do patrimônio

177. Acerca da gestão patrimonial da unidade jurisdicionada, a SGEP informou que a exigência de prestação de contas dessa parte do conteúdo seria inaplicável (peça 1, p. 104).

178. Foi informado, adicionalmente, que a SGEP não possuiria frota de veículos automotores, bem como não possuiria bens imóveis sob a sua responsabilidade. A gestão do patrimônio mobiliário e imobiliário do MS estaria sob a responsabilidade da Coordenação Geral de Serviços Gerais (CGSG/SAA/SE), portanto deve ser apresentada no Relatório de Gestão da Secretaria Executiva.

X. Avaliação da gestão de tecnologia da informação (TI) e da gestão do conhecimento

179. A gestão de TI da SGEP compete ao Departamento de Informática do SUS (Datusus), unidade jurisdicionada que, em 2014, apresentou Relatório de Gestão individualizado, porém não teve as contas de seus dirigentes julgadas (DN TCU 140/2014). Ressalta-se que o órgão, atualmente, está subordinado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, conforme Decreto 8.065/2013, com redação dada pelo Decreto 8.490/2015.

XI. Avaliação da gestão dos recursos renováveis e sustentabilidade ambiental

180. Acerca da gestão patrimonial da unidade jurisdicionada, a SGEP informou que a exigência de prestação de contas dessa parte do conteúdo seria inaplicável (peça 1, p. 104). Foi informado, adicionalmente, que a gestão do uso dos recursos renováveis e sustentabilidade ambiental deve ser apresentada no relatório da Secretaria Executiva do MS.

XII. Avaliação da situação das transferências voluntárias vigentes (convênios, contratos de repasse, termos de cooperação, termos de compromisso, bem como transferências a título de subvenções, auxílios ou contribuições)

181. No Relatório de Gestão de 2014 (peça 1, p. 91), consta informação de que a transferência de recursos que existe na SGEP sob a forma de convênios e termos de cooperação é consolidada pelo Fundo Nacional de Saúde em relatório próprio. Portanto, a análise desse item não se aplica à SGEP nas presentes contas.

XIII. Avaliação do cumprimento de obrigações legais e normativas

Avaliação do Cumprimento das Determinações/Recomendações do TCU

182. Trata-se de análise com o intuito de aferir e informar o atendimento aos Acórdãos e Decisões efetuadas pelo Tribunal de Contas da União, no exercício de 2014, dirigidos à SGEP. No que se refere ao cumprimento das recomendações formuladas pela CGU, as providências adotadas pela UJ foram informadas no Relatório de Gestão (peça 1, p. 114-115).

183. No que se refere ao cumprimento das deliberações prolatadas por esta Corte de Contas, cabe frisar, ainda, que o seu acompanhamento é, necessariamente, realizado no âmbito de cada processo e sob a responsabilidade de cada unidade responsável do Tribunal.

184. A esse respeito, apresentam-se, a seguir, as informações extraídas do Relatório de Gestão e do Sistema de gestão processual do TCU (e-TCU) acerca das determinações/recomendações dirigidas à SGEP, bem como as respectivas situações quanto ao cumprimento das deliberações prolatadas pelo Tribunal.

a) Item 1.6.1 do Acórdão 5711/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 109)

185. Por meio do item 1.6.1 do acórdão em pauta (TC 003.008/2012-6), foi recomendado à SGEP que implementasse ações visando à ampliação do número de conselhos cadastrados no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), à continuidade de ações que estimulasse o aumento no número de conselhos com composição paritária, além de executar medidas que visassem fomentar a formalização dessa paridade por lei.

186. Em resposta, a UJ informou que a demanda foi encaminhada ao DAGEP para providências cabíveis no sentido de implementar ações relacionadas ao SIACS e esse departamento teria elaborado Nota Técnica explanando sobre força-tarefa, plano de ação, reuniões e oficinas realizadas a respeito do assunto, bem como sobre a realização de encontros regionais e mobilização de gestores.

187. Foi dito, ainda, que a situação de preenchimento do SIACS em outubro de 2014 era de 72,37% de Conselhos de Saúde participantes do sistema, o que equivale a 4050 conselhos. Desse

total, 3503 estão paritários de acordo com a legislação vigente.

b) Item 1.6.1 do Acórdão 3213/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 109-110)

188. Por meio do item 1.6.1 do referido acórdão (TC 023.307/2013-7), foi reiterado à SGEP as determinações constantes dos itens 9.1.1.3 e 9.1.2 do Acórdão 1613/2012-TCU-1ª Câmara, devendo apresentar, no prazo de 90 dias, medidas adotadas para o seu cumprimento, juntamente com as justificativas relativas ao não atendimento ou atendimento incompleto daquelas decisões dentro do prazo estabelecido no referido Acórdão.

189. Cumpre informar que o Acórdão 3213/2014-TCU-1ª Câmara foi proferido no âmbito do monitoramento do levantamento de auditoria realizado em 2012 no Projeto do Cartão Nacional de Saúde. No trabalho realizado em 2012, o TCU identificou dificuldades na implantação do projeto, deficiência na infraestrutura, obsolescência dos equipamentos adquiridos e incipiência no planejamento.

190. Assim, os itens do Acórdão 1613/2012-TCU-1ª Câmara (TC 032.238/2011-8) aos quais coube a reiteração tinham o seguinte teor:

9.1. determinar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde - SGEP/MS, com base no art. 43, I, da Lei 8.443/92 c/c art. 250, inciso II do RITCU, que:

(...)

9.1.1.3. descrição detalhada dos sistemas de informações a serem desenvolvidos ou das adaptações necessárias aos sistemas existentes (novos cadastros, rotinas e relatórios), incluindo o cronograma previsto para a conclusão das atividades: i. para o processo de compensação financeira entre os municípios que atendem usuários de outras localidades no âmbito da Programação Pactuada e Integrada; ii. para o processo de ressarcimento ao SUS utilizando os dados do Cartão SUS

9.1.2. estabeleça prazos para as pactuações previstas nos art. 16, 18 e 36 da Portaria GM/MS 940/2011 na revisão do planejamento do Projeto Cartão SUS, a ser apresentada ao TCU no prazo de noventa dias;

191. No Relatório de Gestão da SGEP (peça 1, p. 109-110), consta a informação de que o Datasus teria realizado análise técnica a fim de prestar as informações requeridas e adotar as providências necessárias para o saneamento das determinações.

192. Teria sido, então, elaborado e remetido ao TCU o relatório de respostas ao 3º monitoramento do Acórdão 1613/2012-TCU-1ª Câmara, mencionando, dentre outros assuntos, os sistemas de informações para o processo de compensação financeira entre os municípios que atenderiam usuários de outras localidades no âmbito da Programação Pactuada e Integrada.

193. Além disso, a SGEP teria afirmado que, com relação ao item 9.1.2, ainda não haviam sido estabelecidos prazos para as pactuações previstas nos arts. 16, 18 e 36, da Portaria GM/MS 974/2011 na revisão do planejamento do Projeto Cartão SUS, pois tais pactuações ainda constariam da pauta de discussões do Grupo de Trabalho de Informação e Informática da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

194. Cumpre ressaltar que o processo de monitoramento deste item (TC 023.307/2013-7) encontra-se em instrução, tendo sido realizada diligência ao Datasus solicitando informações.

c) Item 9.3 do Acórdão 3130/2013-TCU-Plenário (peça 1, p. 110)

195. Por meio do item 9.3 do presente acórdão (TC 011.842/2012-1) foram consideradas não implementadas as recomendações constantes dos subitens 9.1.1, 9.1.2, 9.1.4, 9.1.6, 9.1.8, 9.1.9, 9.2.2, 9.2.3, 9.2.4 e 9.2.5 do Acórdão 1188/2010-TCU-Plenário (TC 014.485/2009-5), tendo sido solicitado o encaminhamento de informações sobre o grau de implementação dessas recomendações à SGEP. Também foi considerada em implementação a recomendação 9.3.1, e foram reformuladas as

recomendações 9.1.4. e 9.1.6. do acórdão original.

196. O Acórdão 1188/2010-TCU-Plenário foi proferido no âmbito de auditoria operacional realizada sob a forma de Fiscalização de Orientação Centralizada (FOC), nas principais estratégias do Programa Atenção Básica em Saúde (Saúde da Família, Saúde Bucal e Agente Comunitário de Saúde) a partir de Solicitação do Congresso Nacional, a fim de verificar a legalidade, legitimidade, economicidade e a gestão dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde ao custeio do programa. Nesse sentido, o Acórdão 3130/2013-TCU-Plenário diz respeito ao monitoramento da referida fiscalização.

197. Por meio do Acórdão 1188/2010-TCU-Plenário, foram proferidas as seguintes recomendações especificamente relacionadas à SGEP:

9.1. recomendar ao Ministério da Saúde que:

9.1.1. desenvolva ações estratégicas de capacitação voltadas para orientação prática na elaboração do Plano Municipal de Saúde, incluindo a confecção de um roteiro simplificado para subsidiar os gestores locais na elaboração do documento;

9.1.2. promova discussões no âmbito das instâncias de pactuação do Sistema Único de Saúde - SUS (Comissão Intergestores Bipartite - CIB e Comissão Intergestores Tripartite - CIT) acerca da necessidade de cada estado da federação estabelecer critérios mais objetivos para o co-financiamento (contrapartida) das estratégias da Atenção Básica em Saúde, em especial a Saúde da Família;

(...)

9.1.8. desenvolva e implemente mecanismos de críticas dos dados informados por estados e municípios no aplicativo Sispacto, a fim de se que sejam evitados a inserção de informações relacionadas ao estabelecimento de metas subestimadas (metas piores que resultados anteriores), erros de digitação e de cálculo das metas e dos resultados dos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde;

(...)

9.2. recomendar ao Ministério da Saúde que, em conjunto com as Secretarias Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems:

(...)

9.2.4. desenvolva mecanismos adequados para garantir que estados e municípios aloquem recursos financeiros (contrapartida) para custear a Farmácia Básica de acordo com os normativos vigentes;

9.2.5. promova discussões com os Secretários Municipais de Saúde acerca da importância da identificação da capacidade instalada na área da saúde de cada município, bem como do levantamento das necessidades de saúde local, para realização da compatibilização entre demanda e oferta, de modo que, naqueles casos de insuficiência de serviços de maior complexidade nos estabelecimentos públicos de saúde dos municípios, envie esforços visando à tempestiva contratualização e/ou à formalização de consórcios municipais, a fim de garantir o adequado acesso da população a consultas especializadas e a exames de maior densidade tecnológica.

198. A SGEP informou que, no que se refere às recomendações de sua competência, o expediente teria sido direcionado ao Departamento de Articulação Interfederativa, que seria o setor competente para implementar as recomendações mencionadas.

199. Foi informado, também, o desenvolvimento de estratégias de capacitação para a elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS), a saber: participação nos congressos de Secretários Municipais de Saúde, realização de oficinas sobre planejamento do SUS, monitoramento do número de municípios que alimentam a informação sobre a existência do PMS no SARGUS, dentre outras.

200. Além disso, estariam sendo realizadas discussões no âmbito dos grupos de trabalho da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), acerca da necessidade de cada estado em estabelecer

critérios mais objetivos para o cofinanciamento das estratégias da Atenção Básica em Saúde já realizadas e, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), teria sido estimulada a criação de grupo de trabalho específico de Atenção Básica.

201. Foi informado, ainda, que o Ministério da Saúde, com base nos parâmetros estabelecidos e constantes da Resolução CIT 5, de 19/6/2013, faria o acompanhamento e o monitoramento do processo de pactuação, com o objetivo de evitar a subestimação ou superestimação de metas. Também foi dito que haveria o monitoramento e fiscalização da Assistência Farmacêutica nas prestações de contas quadrimestrais e no Relatório Anual de Gestão, além de auditoria quando necessário.

202. Segundo a SGEP, o Ministério da Saúde tem fomentado discussões com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) sobre a necessidade de fortalecer a governança regional e de integrar processos de planejamento com a implementação da Rede de Atenção à Saúde.

d) Item 1.8.1 do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 111)

203. Por meio do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara, proferido no âmbito da prestação de contas ordinária da SGEP no exercício de 2011 (TC 041.424/2012-3), foi emitida recomendação à SGEP para que essa unidade promovesse estudos e desenvolvesse um plano de ação de médio/longo prazo, objetivando racionalizar a gestão de recursos humanos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde na estrutura do Ministério da Saúde (Datasus), de modo a evitar que projetos fossem prejudicados por deficiências de alocação de pessoal entre as unidades de Brasília e Rio de Janeiro.

204. Em atendimento à recomendação, foi informado no Relatório de Gestão (peça 1, p. 111) que o Datasus solicitou à Coordenação Geral de Gestão de Pessoas que intercedesse junto ao Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG), para autorização de concurso abrangendo cargos de TI ou que disponibilizasse maior contingente de Analistas em Tecnologia da Informação (ATI), carreira descentralizada do MPOG.

205. No entanto, de acordo com a SGEP, não teria havido resposta da Coordenação Geral de Gestão de Pessoas do Ministério da Saúde com relação à solicitação recebida. Foi mencionado terem sido emitidos os Memorandos 23/2012 e 39/2013, objetivando a recomposição da força de trabalho. Pode ser considerado como fator prejudicial e limitador à adoção de providências por parte do gestor o fato de que a abertura de concurso público federal dependeria da autorização do MPOG.

206. A respeito do atendimento aos itens do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara direcionados à SGEP, cabe mencionar as medidas adotadas pelo TCU a fim de acompanhar o cumprimento das deliberações ali proferidas.

207. A esse respeito, a UJ apresentou respostas ao TCU acerca das medidas adotadas em atendimento ao referido Acórdão (consoante documentos às peças 26, 27 e 28 – TC 041.424/2012-3). A SecexSaúde, então, ao analisar as respostas, considerou necessária a realização de diligências a fim de verificar as informações apresentadas (peça 29, p. 7-8 – TC 041.424/2012-3). Novos documentos foram então apresentados ao TCU (peças 36 e 37 – TC 041.424/2012-3). Ressalta-se que as respostas encaminhadas pela SGEP trataram apenas dos itens 9.3.2, 1.7, 1.7.1 e 1.7.2 do Acórdão em tela.

208. Posteriormente, considerando a autuação de novo processo (TC 014.627/2015-9), que possui o objetivo de monitorar as deliberações proferidas em decorrência do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara, o processo original foi encerrado, consoante despacho à peça 38 – TC 041.424/2012-3.

209. No âmbito desse novo processo de monitoramento, foram colhidas novas informações junto à SGEP, tendo restado apurado que os termos do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara foram cumpridos/implementados e/ou se encontrariam em andamento as medidas necessárias visando ao

seu cumprimento definitivo, da seguinte forma:

Os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em Sessão de Primeira Câmara, ACORDAM, por unanimidade, com fundamento nos arts. 143, inciso III, e 250, inciso I, do Regimento Interno/TCU, em considerar:

a) o cumprimento/implementação do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara, com relação ao:

a1) subitem 1.7.1, relativamente às seguintes deliberações: Acórdão 475/2011-TCU-Plenário; Acórdão 1.014/2011-TCU-2ª Câmara; Acórdão 1.080/2011-TCU-Plenário; Acórdão 2.843/2011-TCU-2ª Câmara (itens 11 a 11.3; 14 a 14.2; 15 a 15.2; itens 17 a 17.2, da instrução de peça 21);

a2) subitem 1.8.1 do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (subitem 8.1, da instrução de peça 21);

b) em cumprimento o subitem 1.7.1 do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara, quanto às seguintes deliberações: Acórdão 120/2011-TCU-Plenário (itens 10 a 10.2, da instrução de peça 21); Acórdão 596/2011-TCU-Plenário (itens 12 a 12.2, da instrução de peça 21); Acórdão 875/2011-TCU-Plenário (itens 13 a 13.2, da instrução de peça 21); Acórdão 2.184/2011-TCU-1ª Câmara (itens 16 a 16.2, da instrução de peça 21).

210. Em 15/1/2016, foi apresentada nova resposta ao TCU (consoante documento à peça 31 – TC 014.627/2015-9). Considerando que o teor do documento encaminhado pela SGEP deve ser analisado no âmbito do referido processo de monitoramento, **não se considera necessário** propor novas recomendações a respeito do assunto na presente instrução.

e) Item 1.8.2.1 do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 111-112)

211. Ainda no âmbito do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (TC 041.424/2012-3), foi dada ciência à SGEP e às suas unidades consolidadas (à exceção do Departamento de Articulação Interfederativa – DAI) acerca da não apresentação dos indicadores institucionais previstos no item 2.4.7 do Anexo Único da Portaria-TCU 123/2011 e no Anexo II da Decisão Normativa TCU 108/2010, e discriminados no Quadro II.C.1, da citada DN.

212. Nesse sentido, os indicadores mencionados seriam o indicador de resolutividade das demandas da ouvidoria e o indicador de qualidade do Sistema Nacional de Ouvidorias, que seguiriam sem a metodologia e os índices apurados (consoante item 70 da instrução constante do TC 041.424/2012-3) e o indicador de atendimentos realizados (consoante item 71 da instrução constante do TC 041.424/2012-3).

213. Em seu Relatório de Gestão (peça 1, p. 111-112), a SGEP apresentou a metodologia de cálculo do indicador de resolutividade e do indicador de atendimentos realizados. O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (Doges) estaria em fase de aplicação de questionário para a construção dos indicadores em 1.090 secretarias de saúde. Haveria previsão de que os indicadores estivessem finalizados até o final de 2014, de modo a proporcionar a apuração dos índices após a consolidação do processo de definição dos indicadores.

214. Considerando, ainda, o exposto nos itens 206-210 da presente instrução, não se considera necessário propor novas recomendações a respeito do assunto.

f) Item 1.8.2.2 do Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 112-113)

215. Novamente com relação ao Acórdão 789/2014-TCU-1ª Câmara (TC 041.424/2012-3), foi dada ciência à SGEP de que essa unidade teria apresentado informações incompletas relativamente às providências adotadas para atender às deliberações exaradas em acórdãos do TCU a que a unidade jurisdicionada se vincularia, ou relativamente às justificativas para o seu não cumprimento, em desacordo ao anexo Único da Portaria – TCU 123/2011 e ao anexo II da DN TCU 108/2010.

216. Nesse sentido, teriam sido identificadas falhas na divulgação dos critérios de seleção das propostas de convênios apresentadas à Unidade, bem como a utilização de consultores de organismo internacional na emissão de pareceres de convênios, tendo em vista ser a autoridade responsável pelo aspecto técnico dos documentos que viabilizaria as transferências de recursos relacionados à Ação de

“Ampliação de Gestão Participativa de Controle Social e de Educação em Saúde” – 8705, do Programa de “Gestão da Política Pública da Saúde” – 0016 (consoante item 39, ‘a’ e ‘b’, da instrução constante do TC 041.424/2012-3).

217. A SGEP informou em seu Relatório de Gestão (peça 1, p.112-113) que as falhas teriam sido sanadas, tendo havido a contratação de servidores concursados responsáveis pelo monitoramento dos indicadores físicos e financeiros, bem como pela emissão de pareceres.

218. Considerando, ainda, o exposto nos itens 206-210 da presente instrução, não se considera necessário propor novas recomendações a respeito do assunto.

g) Item 1.8.1 do Acórdão 2403/2014-TCU-1ª Câmara (peça 1, p. 113)

219. Trata-se de deliberação proferida no âmbito de denúncia dirigida ao TCU contra supostas irregularidades cometidas pelo Conselho Municipal de Saúde de Taiacu/SP (TC 007.681/2014-3). Foi determinado à SGEP o encaminhamento de cópia da denúncia e instrução àquele Conselho Municipal, para adoção de providências cabíveis.

220. A SGEP informou no seu Relatório de Gestão (peça 1, p. 113) ter encaminhado ao Conselho Nacional de Saúde o teor da deliberação proferida pelo Tribunal, porém, por ainda não ter finalizado a ação a respeito do assunto, o referido Conselho não teria informado os resultados obtidos. Restaria, assim, tal deliberação do TCU pendente de atendimento, ao final de 2014. Em setembro de 2016, verificou-se que o processo estaria encerrado no âmbito do TCU. Dessa forma, **não se considera necessário** propor novas recomendações acerca do assunto.

XIV. Outras constatações do Controle Interno

Fragilidade do Conselho Nacional de Saúde no desempenho das competências de definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal (constatação 1.1.1.1.).

221. Em relação ao item 1.1.1.1. do relatório de auditoria de gestão da CGU, relativamente à efetividade dos resultados operacionais, foi identificada fragilidade do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no desempenho das competências de definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal (peça 4, p. 74-77).

222. O CNS, unidade consolidada, tem como missão institucional deliberar, fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, especialmente no acompanhamento do cronograma de transferência de recursos financeiros do SUS repassados fundo a fundo a Estados, Municípios e o Distrito Federal.

223. Primeiramente, teriam sido constatadas fragilidades no cumprimento dessa atribuição, haja vista que a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) não ter pactuado metodologia necessária à realização de seus trabalhos, descumprindo o § 1º do artigo 17 da Lei Complementar 141/2012.

224. De acordo com a Memória da Reunião da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento (Cofin) do CNS dos dias 23 e 24 de abril de 2014, as discussões no âmbito do Grupo de Trabalho da CIT relativamente ao assunto estariam então paradas. A CGU, ao questionar o CNS acerca do assunto, obteve como resposta a informação de que não teria havido decisão sobre o tema, porque o órgão aguardava a deliberação sobre a metodologia pactuada pela CIT para a definição dos montantes a serem transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, restando prejudicado o cumprimento das obrigações legais da instância de controle.

225. Além dessa fragilidade, também foi identificada a não conclusão da análise, pelo CNS, da apuração dos recursos mínimos aplicados em 2014 em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) referentes a despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, despendidos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e pela Fundação Nacional de Saúde

(Funasa), consoante disposto no inciso VI, art. 3º, da Lei Complementar 141/2012.

226. O CNS informou à CGU receber informações do Ministério da Saúde e considerar como ASPS as ações definidas nos termos da Resolução 322/2003, inciso XII, dispositivo ainda vigente por estar adequado aos princípios da Lei Complementar 141/2012.

227. A CGU considerou que houve empenho do CNS em acompanhar os gastos com ASPS, considerando que, embora o Conselho não tenha concluído a referida análise por ter optado por realizá-la em conjunto com a análise do Relatório de Gestão (RAG) de 2014 do Ministério da Saúde, foram encaminhados pedidos de esclarecimentos ao MS, com base em análise preliminar da Cofin.

228. Acerca desse assunto, em pesquisa realizada no âmbito da SecexSaúde em abril de 2016, foi identificada a Resolução CNS 505/2015 (peça 9), por meio da qual foi solicitado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, dentre outras medidas, que disponibilizasse recursos orçamentários suficientes para que as despesas compromissadas com ações e serviços públicos de saúde fossem empenhadas em observância ao regime de competência, de modo a não se repetir mais o procedimento observado em 2014, em que parte das despesas desse exercício oneraram o orçamento de 2015. Além disso, nessa resolução, foi estabelecido o parâmetro de 5% do valor empenhado em ASPS em cada exercício como limite máximo para a inscrição e reinscrição anual de restos a pagar, com início a partir de 2016. Nesse sentido, verifica-se a continuidade de atuação do Conselho a fim de sanear lacunas relativas ao acompanhamento dos gastos com ASPS.

229. Com relação ao cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, foi identificada divergência entre o disposto no inciso VI, artigo 51, do Decreto 8.065/2013, que atribui ao Conselho a responsabilidade de acompanhar sua execução e o disposto no inciso III, art. 10, da Resolução CNS 407/2008, que estabeleceu o Regimento Interno do CNS e que prevê a elaboração do cronograma de transferência de recursos financeiros ao SUS.

230. Ao ser questionado pela CGU acerca da divergência entre o Decreto e o Regimento Interno do órgão, o CNS informou que o assunto ainda não teria sido objeto de debate, bem como que a Cofin não teria participado da elaboração de cronograma no exercício de 2014, tendo acompanhando quadrimestralmente os valores repassados para cada Unidade da Federação em termos consolidados para Estados e Municípios por bloco de financiamento.

231. O órgão de controle interno considerou, então, que o CNS teria descumprido tanto o seu Regimento Interno, no que diz respeito a elaborar cronograma de transferência, quanto o Decreto 8.065/2012, ao realizar acompanhamento em termos consolidados, sem considerar as características dos Municípios. Não teria restado esclarecida, ainda, a posição do Conselho sobre as competências distintas dos normativos supracitados.

232. Cumpre acrescentar que, ao consultar também o Relatório de Gestão de 2015 da SGEF, relativamente à situação descrita, existe a informação de que a medida estaria sendo trabalhada dentro do planejamento atual da Secretaria, ante o início do novo ciclo do PPA em 2016 (peça 8, p. 102).

233. A CGU ressaltou que o CNS teria, em 2014, apreciado e deliberado acerca do Relatório Anual de Gestão de 2013 do MS, bem como apreciado os Relatórios de Prestações de Contas Quadrimestrais, a execução dos Restos a Pagar de 2014, a Execução Orçamentária e Financeira, analisado a proposta para Lei Orçamentária Anual de 2014 e a proposta de Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2015. O Conselho teria adotado, também, providências a respeito dos encaminhamentos relativos ao andamento das ressalvas do RAG 2013.

234. Em resposta encaminhada à CGU (peça 4, p. 76), o Conselho informou que, no que se refere à definição de critério de rateio entre os entes, a cargo da CIT, bem como a aprovação, a cargo do Cofin/CNS, o referido Conselho ainda não teria se posicionado sobre o tema, restando pendente deliberação acerca da metodologia a ser pactuada pela CIT. Foi informado que o tema seria submetido

à discussão da Mesa Diretora do CNS em futura reunião. Quanto à divergência entre as previsões normativas constantes no inciso IV, artigo 51 do Decreto 8.065/2013 e o inciso III, art. 10 da Resolução CNS 407/2008, foi dito que a matéria seria inserida na pauta da próxima reunião da Mesa Diretora do CNS, para que a discussão acerca de tal assunto fosse realizada na próxima reunião plenária do Conselho.

235. Posteriormente, o CNS informou à CGU que em 2015 seria realizada a 15ª Conferência Nacional de Saúde e também, seria realizado processo eleitoral para a composição de novo colegiado, tendo em vista que o mandato atual se encerraria em 13 de dezembro de 2015. Foi dito que o assunto seria encaminhado à 104ª Reunião Ordinária da Mesa Diretora do CNS, em agosto de 2015, no âmbito da reunião Plenária, a fim de que fosse encaminhada a proposta relacionada aos critérios de rateio ao próximo colegiado eleito.

236. De todo modo, em que pese as medidas informadas pelo CNS para definição de competências acerca dos critérios de rateio definidos pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o Conselho não teria cumprido sua atribuição, contrariando o Art. 17, § 1º da LC 141/2012.

237. Na análise efetuada pelo órgão de Controle Interno, considerou-se que não havendo definição clara das atribuições de cada ente. Também se concluiu que a atuação do CNS não teria alcançado a elaboração e nem o acompanhamento individualizado por ente federativo do cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS.

238. Posteriormente a essa conclusão por parte da CGU, o CNS reafirmou sua intenção de cumprir as recomendações emitidas por esse órgão de controle interno, encaminhando-as para discussão do Plenário, entretanto, em função dos esforços canalizados para a 15ª Conferência Nacional de Saúde e, ainda, a realização do processo eleitoral do novo colegiado o atendimento às recomendações deveria ocorrer em 2016.

239. A CGU recomendou ao CNS, então, levar à deliberação do Pleno a expedição de Recomendação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para que pactuasse a metodologia de definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde, com vistas a cumprir o disposto no art. 17 da Lei Complementar 141/2012. Também foi recomendada a revisão do Regimento Interno do CNS, de forma que as competências a serem desempenhadas na gestão do cronograma de transferência de recursos financeiros, consignados ao SUS, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estivessem adequadas à previsão do Decreto 8.065/2013.

240. Diante do exposto, pode-se concluir que a ausência de aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde de metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite dos montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde pode ser apontada como causa para a existência de fragilidades no desempenho das competências do CNS em definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal. A responsabilidade por tal fragilidade seria do Plenário do CNS, a quem caberia dar operacionalidade às competências do Conselho, consoante previsto na Resolução 407/2008, artigo 11, Inciso I, V e VIII.

241. Diante do exposto, considera-se suficientes as recomendações emitidas pela CGU a fim de sanar as impropriedades identificadas. Propõe-se, ainda, que seja **determinado** ao CNS que informe ao TCU, em 60 dias, o andamento das medidas adotadas a fim de revisar o Regimento Interno do referido Conselho, de modo a sanar a divergência verificada relativamente ao desempenho de competências para definição de diretrizes e fiscalização da movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal.

CONCLUSÃO

242. Considerando a análise realizada e a opinião da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, propõe-se julgar **regulares** as contas dos Srs. Srs. Kátia Maria Barreto Souto, CPF 268.998.171-87; Júlia Maria Santos Roland, CPF 021.445.061-91; Rui Leandro da Silva Santos, CPF 289.986.180-87; Isabel Maria Villas Boas Senra, CPF 422.282.714-20; Jorge Harada, CPF 073.312.598-06; Eduardo Viola, CPF 462.875.581-72; Maria Angélica Fernandes Aben-Athar, CPF 645.108.081-00; Lucas Betti de Vasconcellos, CPF 365.089.678-86 e Jomilton Costa Souza, CPF 301.570.301-30, dando-lhes quitação plena, nos termos dos artigos 16, inciso I, e 17 da Lei 8.443/1992, c/c o artigo 207 do Regimento Interno do TCU, uma vez que suas contas lograram demonstrar a exatidão dos demonstrativos contábeis, a legalidade, a legitimidade, a economicidade, a eficácia, a eficiência e a efetividade de suas gestões.

243. Considerando a análise realizada e a opinião da Secretaria Federal de Controle Interno da Controladoria-Geral da União, propõe-se julgar **regulares com ressalva** as contas dos Srs. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91; André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20; Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, CPF 203.031.570-20; Vanilda Aparecida Alves, CPF 210.849.631-91; Augusto César Gadelha, CPF 261.871.407-53, Adelina Maria Melo Feijão, CPF 169.032.503-87, dando-lhes quitação, nos termos dos artigos 16, inciso II, e 18 da Lei 8.443/1992, c/c o artigo 208 do Regimento Interno do TCU, em face das impropriedades/faltas verificadas em suas gestões (itens 58, 71, 87, 118 e 133).

244. Cabe registrar que os fatores motivadores das ressalvas dos responsáveis consistiram em ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão; ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória; não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS; não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS; e ausência de documentos que justifiquem os quantitativos previstos de cartas- resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS-ECT. As referidas motivações estão expressas em matriz específica anexa a esta instrução, conforme orientação contida no § 5º do art. 8º da Resolução - TCU 234/2010, alterada pela Resolução - TCU 244/2010.

245. Propõe-se, ainda, **recomendar** à SGEP que elabore plano de ação com a finalidade de sanar as fragilidades identificadas pela CGU com relação aos controles internos (item 147). Propõe-se, também, que seja **determinado** ao CNS que informe ao TCU, em 60 dias, o andamento das medidas adotadas a fim de revisar o Regimento Interno do referido Conselho, de modo a sanar a divergência verificada (item 241).

PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

246. Diante do exposto, submetem-se os autos à consideração superior, propondo:

246.1. com fundamento nos arts. 1º, inciso I, 16, inciso I, 17 e 23, inciso I, da Lei 8.443/1992 c/c os arts. 1º, inciso I, 207 e 214, inciso I, do Regimento Interno, que sejam julgadas regulares as contas dos Srs. Kátia Maria Barreto Souto, CPF 268.998.171-87; Júlia Maria Santos Roland, CPF 021.445.061-91; Rui Leandro da Silva Santos, CPF 289.986.180-87; Isabel Maria Villas Boas Senra, CPF 422.282.714-20; Jorge Harada, CPF 073.312.598-06; Eduardo Viola, CPF 462.875.581-72; Maria Angélica Fernandes Aben-Athar, CPF 645.108.081-00; Lucas Betti de Vasconcellos, CPF 365.089.678-86 e Jomilton Costa Souza, CPF 301.570.301-30, dando-lhes quitação plena;

246.2. com fundamento nos arts. 1º, inciso I, 16, inciso II, 18 e 23, inciso II, da Lei 8.443/1992, c/c os arts. 1º, inciso I, 208 e 214, inciso II, do Regimento Interno, que sejam julgadas regulares com ressalva em face das falhas adiante apontadas as contas dos responsáveis a seguir, dando-lhes quitação:

a) Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa:

a.1) ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão sobretudo no que se refere à comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo, de modo a identificar física e financeiramente, para análise, o destino dessas aplicações, em desatendimento ao disposto no art. 42, da Lei Complementar 141/2012 e tendo em vista as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS e de coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, consoante disposto no art. 34, inciso X e no art. 37, inciso III, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 76-87 e matriz de responsabilidade em anexo);

a.2) ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória, considerando a responsabilidade do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa de formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social e formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão, consoante disposto nos incisos I e IX, art. 34 do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 45-58 e matriz de responsabilidade em anexo);

a.3) não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços, consoante o disposto nos incisos XVI e XVII, do art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 99-118 e matriz de responsabilidade em anexo);

a.4) não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços, consoante o disposto nos incisos XVI e XVII, do art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 119-133 e matriz de responsabilidade em anexo);

b) André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa Substituto:

b.1) ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão sobretudo no que se refere à comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo, de modo a identificar física e financeiramente, para análise, o destino dessas aplicações, em desatendimento ao disposto no art. 42, da Lei Complementar 141/2012 e tendo em vista as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS e de coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, consoante disposto no art. 34, inciso X e no art. 37, inciso III, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 76-87 e matriz de responsabilidade em anexo);

b.2) ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória, considerando a responsabilidade do Secretário de Gestão Estratégica e Participativa de formular e implementar a política de gestão democrática e participativa do SUS e fortalecer a participação social e formular e coordenar a Política de Ouvidoria para o SUS, implementando sua descentralização e cooperação com entidades de defesa de direitos do cidadão, consoante disposto nos incisos I e IX, art. 34 do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 45-58 e matriz de responsabilidade em anexo);

b.3) não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas

do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços, consoante o disposto nos incisos XVI e XVII, do art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 99-118 e matriz de responsabilidade em anexo);

b.4) não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa de coordenar os sistemas de informação relativos às atividades finalísticas do SUS e as diretrizes do sistema nacional de saúde, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços, consoante o disposto nos incisos XVI e XVII, do art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 119-133 e matriz de responsabilidade em anexo);

c) Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, CPF 203.031.570-20, Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus):

c.1) ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão sobretudo no que se refere à comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo, de modo a identificar física e financeiramente, para análise, o destino dessas aplicações, em desatendimento ao disposto no art. 42, da Lei Complementar 141/2012 e tendo em vista as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS e de coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, consoante disposto no art. 34, inciso X e no art. 37, inciso III, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 76-87 e matriz de responsabilidade em anexo);

d) Adelina Maria Melo Feijão, CPF 169.032.503-87, Diretora Interina do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus):

d.1) ausência de análise sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão sobretudo no que se refere à comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo, de modo a identificar física e financeiramente, para análise, o destino dessas aplicações, em desatendimento ao disposto no art. 42, da Lei Complementar 141/2012 e tendo em vista as atribuições de estabelecer diretrizes e propor normas e procedimentos para a sistematização e a padronização das ações de auditoria, inclusive informatizadas, no âmbito do SUS e de coordenar as ações do componente federal do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, consoante disposto no art. 34, inciso X e no art. 37, inciso III, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 76-87 e matriz de responsabilidade em anexo);

e) Vanilda Aparecida Alves, CPF 210.849.631-91, Diretora do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS:

e.1) ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória, considerando a responsabilidade do Diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS em vista da atribuição de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, consoante disposto no inciso I, art. 36 do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 45-58 e matriz de responsabilidade em anexo);

e.2) ausência de documentos que justifiquem os quantitativos previstos de cartas- resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS-ECT, considerando a do Diretor do Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS em vista da atribuição de propor, coordenar e implementar a Política Nacional de Ouvidoria em Saúde, no âmbito do SUS, consoante disposto no inciso I, art. 36 do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 59-71 e matriz de responsabilidade em anexo);

f) Augusto César Gadelha, CPF 261.871.407-53, Diretor do Departamento de Informática do SUS (Datus):

f.1) não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Diretoria do Departamento de Informática do SUS de avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas ao desenvolvimento de informações para ações de saúde, desenvolver e de pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos e de gestão do

Ministério da Saúde, consoante disposto nos incisos I e II do art. 38 e no art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 99-118 e matriz de responsabilidade em anexo);

f.2) não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS, contrariando a atribuição da Diretoria do Departamento de Informática do SUS de avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas ao desenvolvimento de informações para ações de saúde, desenvolver e de pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação para atender aos sistemas internos e de gestão do Ministério da Saúde, consoante disposto nos incisos I e II do art. 38 e no art. 34, do Decreto 8.065/2013 (parágrafos 119-133 e matriz de responsabilidade em anexo);

246.3. recomendar à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde que elabore plano de ação com a finalidade de sanar as fragilidades identificadas pela CGU com relação aos controles internos, sobretudo quanto aos seguintes aspectos (parágrafo 147 da instrução):

a) desatualização do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, que acarretaria incompatibilidades entre a competência prevista no inciso VI, do artigo 51, do Decreto 8.065/2013 e o contido no inciso III, do art. 10º, da Resolução CNS 407/2008;

b) ausência de previsão normativa de modo a garantir ou incentivar a participação dos servidores dos diversos níveis da estrutura da SGEF na elaboração de procedimentos e instruções operacionais;

c) não identificação dos limites de alçada relativamente aos normativos de delegação de competência vigentes;

d) lacunas no diagnóstico e na classificação de riscos da unidade, bem como as medidas para mitigá-los, de modo a subsidiar o processo de tomada de decisões;

e) necessidade de ampliação do monitoramento dos resultados da atuação governamental.

246.4. determinar ao Conselho Nacional de Saúde, com fundamento no art. 208, § 2º, do RI/TCU, que informe ao TCU, em 60 dias, o andamento das medidas adotadas a fim de revisar o Regimento Interno do referido Conselho, de modo a sanar a divergência verificada relativamente ao desempenho de competências para definição de diretrizes e fiscalização da movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal (parágrafo 241);

246.5. dar ciência do acórdão que vier a ser proferido, assim como do relatório e do voto que o fundamentarem, à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde e à Coordenação-Geral de Auditoria na área de Saúde da Secretaria Federal de Controle Interno.

SecexSaúde, em 15 de setembro de 2016.

(Assinado eletronicamente)

Patrícia Azevedo Leite Rodrigues

AUFC – Mat. 40.309-1

Anexo – Matriz de Responsabilidade

Irregularidade	Responsáveis	Período de Exercício	Conduta	Nexo de Causalidade	Culpabilidade
Ausência de Análise Sistemática dos Relatórios Anuais de Gestão	Sr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa; Sr. André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20, Secretário Substituto de Gestão Estratégica e Participativa; Sr. Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, CPF 203.031.570-20, Diretor do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) e Sra. Adelina Maria Melo Feijão, CPF 169.032.503-87, Diretora Interina do Denasus.	2014	Ausência de definição normativa do fluxo aplicável à análise dos Relatórios Anuais de Gestão dos entes recebedores de recursos federais.	Em função das suas competências legais, o agente poderia ter atuado para evitar a falha e/ou seus efeitos negativos.	Não é possível atestar a boa-fé do responsável, em razão de as justificativas apresentadas não serem hábeis a desconstituir a irregularidade. O agente não estava munido de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato, mas tinha competência legal para demandar a sua produção.
Ausência de itens que demonstrem que a Estratégia Carta SUS atingiu os resultados qualitativos de forma satisfatória	Sr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa; Sr. André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20, Secretário Substituto de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde; Sra. Vanilda Aparecida Alves, CPF 210.849.631-91, Diretora do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.	2014	Ausência de elaboração de Projeto que apresente claramente os objetivos, as responsabilidades das áreas que devem atuar a partir das informações produzidas, a metodologia aplicada na execução da Estratégia Carta SUS e os benefícios quantitativos e qualitativos esperados.	Em função das suas competências legais, o agente poderia ter atuado para evitar a falha e/ou seus efeitos negativos.	O agente não estava munido de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato, mas tinha competência legal para demandar a sua produção. Embora as circunstâncias indicassem a necessidade de busca de orientação técnica e/ou jurídica para subsidiar a decisão, o agente não consultou a área competente.
Ausência de documentos que justifiquem os quantitativos previstos de cartas resposta respondidas e devolvidas, estabelecidos no Contrato 21/2011/MS-ECT.	Sra. Vanilda Aparecida Alves, CPF 210.849.631-91, Diretora do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.	2014	Ausência de Projeto que apresente claramente os objetivos, as responsabilidades das áreas que devem atuar a partir das informações produzidas, a metodologia aplicada na execução da Estratégia Carta SUS e os resultados esperados; e de Estudos que justificassem os quantitativos previstos no Contrato 21/2011/MS-ECT e em seus termos de aditamentos.	O comportamento do agente compõe a causa da falha. Porém, em função das suas competências legais, o agente poderia ter atuado para evitar a falha e/ou seus efeitos negativos.	O agente não estava munido de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato, mas tinha competência legal para demandar a sua produção. Embora as circunstâncias indicassem a necessidade de busca de orientação técnica e/ou jurídica para subsidiar a decisão, o agente não consultou a área competente.
Não adoção de providências para corrigir as deficiências no planejamento da implementação do Cartão Nacional do SUS	Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa; Sr. André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20, Secretário Substituto de Gestão Estratégica e Participativa e Sr. Augusto César Gadelha, CPF 261.871.407-53, Diretor do Departamento de Informática do SUS.	2014	Indefinição acerca dos objetivos atingíveis do Cartão SUS e falta de revisão do planejamento do Cartão de forma a contemplar os requisitos identificados pelos órgãos de controle quando das fiscalizações no Projeto.	Em função das suas competências legais, o agente poderia ter atuado para evitar a falha e/ou seus efeitos negativos.	Os agentes que ocuparam os cargos de Secretários da SGEF não estavam munidos de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato, mas tinha competência legal para demandar a sua produção. Já o Diretor do Datasus estava munido de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato e suas decisões contrariaram orientação técnica e/ou jurídica da área competente.
Não adoção de providências para sanar a discrepância entre a execução financeira e física do Cartão Nacional do SUS	Luiz Odorico Monteiro de Andrade, CPF 192.493.303-91, Secretário de Gestão Estratégica e Participativa e Sr. André Luis Bonifácio de Carvalho, CPF 277.186.624-20, Secretário Interino de Gestão Estratégica e Participativa e Sr. Augusto César Gadelha, CPF 261.871.407-53, Diretor do Departamento de Informática do SUS.	2014	Ausência de planejamento que, especificando objetivos, metas, estratégias, detalhando cronogramas de prazos e de gastos financeiros, estabeleça uma relação clara entre as ações e os resultados esperados, funcionalidades que tragam efetivo benefício ao SUS.	Em função das suas competências legais, o agente poderia ter atuado para evitar a falha e/ou seus efeitos negativos.	Os agentes que ocuparam os cargos de Secretários da SGEF não estavam munidos de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato, mas tinha competência legal para demandar a sua produção. Já o Diretor do Datasus estava munido de informações suficientes para reconhecer a inadequação do ato e suas decisões contrariaram orientação técnica e/ou jurídica da área competente.

