



Administração Pública e Gestão Social
ISSN: 2175-5787
apgs@ufv.br
Universidade Federal de Viçosa
Brasil

Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar N° 141, de 2012

Pires Barbosa, Antonio

Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar N° 141, de 2012

Administração Pública e Gestão Social, vol. 8, núm. 1, 2016

Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351557773008>



Este trabalho está sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-NãoDerivados 3.0 Internacional.

Mecanismos de Controle da Gestão do SUS à Luz da Lei Complementar Nº 141, de 2012

Control Mechanisms of the SUS Management In Light of the Complimentary Law No. 141, 2012

Antonio Pires Barbosa
Uninove, Brasil
rbe.pires@gmail.com

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=351557773008>

RESUMO:

O artigo busca identificar mecanismos de controle da gestão, predominantemente orçamentários e financeiros, e níveis de responsabilidade gerencial que possam contribuir na melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz do disposto na Lei Complementar nº 141/2012. Utilizando metodologia qualitativa com levantamento de instrumentos existentes na LC 141/2012 e pareamento desses com os requisitos do Sistema Nacional de Auditoria, toma em consideração a lógica estruturante do SUS e os princípios gerais do controle como elementos norteadores da Administração Pública no âmbito do estado democrático de direito. PALAVRAS-CHAVE: Gestão em Saúde, Direito Sanitário, Sistema Único de Saúde (SUS), Lei Complementar nº 141, 12.

ABSTRACT:

The paper seeks to identify management control mechanisms, predominantly budgetary and financial, and management responsibility levels that may contribute to the improvement of the Unified Health System (SUS) in Brazil in light of the statements of Complementary Law No. 141/2012. Using a qualitative methodology to survey the existing instruments in the Law and pairing them with requirements of the National Audit System, it takes into account the structural logic of the SUS and the general principles of control as guiding elements of Public Administration under the democratic state of right.

KEYWORDS: HealthCare Management, Health Law, Unified Health System (SUS), Complementary Law No, 141, 12.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitados os princípios da universalidade, equidade e integralidade que norteiam o sistema (Barbosa, 2013), tem que superar os limites impostos pela escassez de recursos. No entanto, paralelamente à busca por mais recursos, é preciso discutir, apoiar e qualificar a gestão. Nesse contexto, é importante identificar os mecanismos de controle da gestão e respectivos níveis de responsabilidade, os quais podem contribuir para melhoria do SUS, uma vez que a gestão pressupõe processos que envolvem as funções planejamento, organização, direção e controle. Assim como a qualificação da gestão pode contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, os mecanismos criados para o controle da gestão da saúde configuram importantes ferramentas postas à disposição da sociedade, de forma a buscar fazer mais e melhor com os recursos escassos.

A aprovação da Lei Complementar (LC) nº 141 (LC nº 141, 2012b) tende a abrir novo ciclo de expansão do SUS. Após doze anos da promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº 29 (EC nº 29, 2000), que teve por objetivo assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a referida lei complementar consolida a participação orçamentária mínima obrigatória da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, define novos critérios de rateio de recursos e estabelece normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

Espera-se que os mecanismos de controle da gestão possam proporcionar o monitoramento da administração pública de forma a permitir a observação, mediação e avaliação contínua do processo, proporcionando aos gestores subsídios para o planejamento, bem como informações que possam identificar, solucionar, reduzir ou corrigir problemas. Tais mecanismos podem se constituir em ferramentas estratégicas

de promoção da cidadania em saúde e de produção de informações que subsidiem a tomada de decisão, contribuindo para o fortalecimento do SUS e a defesa do direito à saúde, nos moldes apregoados pela Constituição Federal de 1988 (CFC, 1988).

Dessa forma, o artigo procura, a partir da leitura da literatura produzida sobre o controle da gestão, o Sistema Único de Saúde e da LC nº 141/12, identificar e discutir o alcance dos mecanismos de controle, bem como analisar as inovações trazidas em relação aos mecanismos estabelecidos antes da Lei, de forma a evidenciar como o controle da gestão pode contribuir para o fortalecimento do SUS, após a implementação da Lei Complementar 141/12, cuja relevância é indiscutível para a gestão orçamentária da saúde.

MÉTODO

O presente trabalho constitui um ensaio teórico que se valeu de análise qualitativa, comparada da legislação concernente ao SUS na qual foram prospectados os instrumentos existentes na LC 141/2012 com o propósito de identificar quais estão diretamente associados ao de controle da gestão e que tenham sido implementados dentro da lógica estruturante do SUS. Para tanto, foi utilizado como período de busca de legislação os anos de 1988, quando da criação do Sistema Único de Saúde assim como a aprovação da Lei Complementar nº 141/12, que ocorreu em 2012. Como ferramentas de busca, foram utilizados os sites da Presidência da República, da Biblioteca Virtual em Saúde – Bireme –, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes –, a Revista de Administração Pública – RAP –, artigos disponibilizados na web e publicações do Ministério da Saúde.

No tocante aos procedimentos, procedeu-se a uma pesquisa do tipo qualitativa para responder que inovações os mecanismos de controle da gestão à luz do disposto na LC nº 141/12 trouxeram ao SUS.

RESULTADOS

Os mecanismos de controle da gestão da saúde, previstos na LC nº 141/2012

A Lei Complementar nº 141 regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelecer os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; e dá outras providências.

Trata-se, portanto, de norma regulatória de texto constitucional, acrescido pela Emenda Constitucional nº 29 (EC nº 29, 2000), que teve por objetivo assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. As regulamentações postas são, essencialmente, sobre questões orçamentárias e financeiras, desde a vinculação de recursos, partilhas federativas, execução orçamentária e financeira da saúde, transferência dos gastos e consequente regime de fiscalização, avaliação e controle, bem como o que são ações e serviços de saúde para efeito da aplicação dos percentuais mínimos definidos para a saúde.

De fato, o mecanismo à disposição do controle externo, para fins de averiguação do financiamento da saúde pública brasileira, ganhou importante reforço com a publicação da LC nº 141/2012, que tem entre seus objetivos instituir normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal. Estruturada em capítulos, a LC nº 141/12 conta com item específico, para dispor sobre transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle, subdividido em 4 seções (da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde; da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde; da Prestação de Contas; e da Fiscalização da Gestão da Saúde), disposições previstas nos artigos de 31 a 42.

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

As ações de transparência e visibilidade da gestão são as que visam divulgar o gasto com saúde, o cumprimento da LC nº 141/12, em especial no tocante à aplicação de percentuais mínimos, tanto para o controle interno quanto externo, bem como para a população. A lei prevê ainda a divulgação da prestação de contas do setor para consultas e apreciação de cidadãos e sociedade em meio eletrônico de acesso público, que privilegie o cumprimento do disposto na lei, a apresentação do relatório de gestão do SUS e avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão no âmbito do respectivo ente federativo.

Transparência e visibilidade deverão ser asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante a elaboração e discussão do Plano de Saúde. Ademais, a lei determina expressamente que devem ser promovidas ações que visem à maior e mais efetiva participação da sociedade. Ao comentar a LC nº 141/12, Santos (2012, p. 142) chama atenção para o termo “visibilidade”, expressão introduzida pela Diretoria de Economia da Saúde do Ministério da Saúde em seminários e encontros voltados à promoção no âmbito do SUS do debate acerca da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000. Na realidade, trata-se de uma inovação trazida pela lei, uma vez que a terminologia adotada na Lei de Responsabilidade Fiscal e na legislação concernente aos controles interno e externo é “transparência”.

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Quanto à consolidação das contas de saúde, os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios manterão registro contábil relativo a despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde (ASPS), sendo que as normas gerais para registro serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, o Ministério da Fazenda, observada necessidade de segregação das informações, com vistas a cumprir disposições da LC nº 141/12.

A promoção da consolidação das contas referentes às despesas com ASPS executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação ficou a cargo do gestor de saúde, função ordinariamente atribuída aos órgãos de Fazenda Pública. Consequentemente, passou-se a consolidar despesas de saúde executadas pelas administrações direta e indireta, órgãos e entidades vinculadas, independentemente dos recursos recebidos de forma direta, sendo o encaminhamento da prestação de contas de responsabilidade das entidades descentralizadas.

Da Prestação de Contas

No tocante à prestação de contas aos controles interno e externo, a lei determina que sejam apresentada juntamente com demonstrativos de despesas com saúde, integrante do Relatório

Resumido de Execução Orçamentária (RREO), a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (LC nº 101, 2000), pelo respectivo Tribunal de Contas. O Poder Executivo, ao publicar seus balanços, deverá demonstrar receitas correntes e despesas com ações e serviços públicos de saúde, bem como o demonstrativo próprio que acompanha o RREO. Na prática, institui-se um sistema de prestação de contas bimestral mais complexo e detalhado.

Ademais, o art. 36 da LC nº 141/12 estabelece a responsabilidade por elaboração e conteúdo do Relatório de Gestão, a ser padronizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). A elaboração do Relatório de Gestão é de responsabilidade do gestor de saúde, com periodicidade quadrimestral, dispondo de informações acerca de montante e fonte dos recursos aplicados no período; de auditorias realizadas e em execução, suas recomendações e determinações; e da oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria,

contratada e conveniada, cotejando tais dados com indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

De forma explícita, a LC nº 141/12 prevê a prestação de contas parcial, a qual deve ocorrer em fevereiro, maio e setembro junto às Casas Legislativas, em substituição ao modelo anterior de prestação de contas. O relatório de prestação de contas deverá ser apreciado pelo Conselho de Saúde da instância responsável e apresentado à sociedade, em audiência pública na Casa Legislativa. Portanto, as exigências permaneceram as mesmas, alterando-se os prazos da prestação de contas de trimestral para quadrimestral e estabelecendo prazos para realização das audiências públicas.

Dessa forma, o relatório passa a ter a função de comprovar o cumprimento das exigências impostas ao gestor, devendo ser encaminhado ao Conselho de Saúde até 30 de março do ano seguinte ao da realização financeira (§ 1º, do art. 36), para emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento dos termos da LC nº 141/12. Ou seja, além dos relatórios quadrimestrais, foi reforçada a necessidade de elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG), que deverá ser enviado ao Conselho de Saúde.

Com isso, os conselheiros de saúde passam a ser responsáveis pelo parecer emitido a respeito do relatório de gestão do ente federativo e pelas análises desses pareceres. Ainda quanto ao parecer emitido pelos Conselhos, a lei determina ampla divulgação por todos os meios, inclusive eletrônicos, sem prejuízo do previsto na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) (Lei Complementar nº 101, 2000). No entanto, não estabeleceu prazos para as análises e pareceres dos Conselhos, vez que a desaprovação do RAG poderá causar prejuízos ao gestor, assim como a falta de manifestação prejuízos à sociedade.

Outra disposição expressa da lei é a obrigatoriedade imposta aos entes da Federação de encaminharem aos respectivos Conselhos de Saúde para aprovação a programação anual do Plano de Saúde, antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) do exercício correspondente. Até a publicação da LC nº 141/12, essa submissão da programação anual não era obrigatória.

Por fim, restou estabelecido que, anualmente, os entes da Federação atualizarão seus cadastros no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), com menção às exigências previstas quanto à elaboração, prestação de contas do Relatório de Gestão, bem como a indicação da data de sua aprovação.

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

O cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre o financiamento do SUS, é de observância prioritária na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da LRF junto aos órgãos fiscalizadores das contas públicas. Imagina-se que a prioridade, nesse caso, seja quanto à aplicação dos percentuais mínimos dos Estados, Distrito Federal e municípios, assim como o montante mínimo fixado para União. Importante frisar que, independente das demais formas de fiscalização e de prestação de contas estabelecidas, a LC nº 141/12 determina que, de forma direta ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS por meio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), e aos órgão de controle interno como a Controladoria-Geral da União (CGU) e aos Conselhos de Saúde, cabe ao Poder Legislativo a fiscalização do cumprimento das normas ali definidas, com ênfase em:

- a. elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
- b. cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
- c. aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas regras previstas na lei complementar;
- d. transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; e. aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
- f. destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Ficou a cargo do Ministério da Saúde manter sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações, sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação.

Dessa forma, o Art. 39, institucionalizou o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), ferramenta de planejamento, gestão e controle social do SUS que antes da Lei tinha média de adesão por parte de Estados, Distrito Federal e Municípios de 98%, tornando-o um sistema de informação obrigatório. Criado no âmbito do Ministério da Saúde em 1999 para apurar gasto público com saúde nas três esferas de governo, o SIOPS teve regramento estabelecido em atos normativos secundários. Agora, com a LC nº 141/12, foi erigido a instrumento legal de transparência e monitoramento da aplicação dos recursos, sendo de responsabilidade de cada gestor, a partir da alimentação obrigatória do sistema.

Eleito como sistema de registro e atualização eletrônica permanente, obrigatória, qualificado para centralizar informações de saúde dos orçamentos das três esferas de governo, o SIOPS conta com requisitos mínimos para o seu desenvolvimento e expressa delegação de poder ao Ministério da Saúde para estabelecimento de outras condicionantes, mediante regulamento:

- a.obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados;
- b.processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados informatizados;
- c. cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ASPS, que passam a constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
- d.módulo de controle externo, para registro, pelo Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, de informações sobre aplicação de recursos em ASPS para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da LC nº 101/00, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;
- e.integração das informações do SIOPS ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação do Ministério da Fazenda, para controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da LC nº 101/00.

Uma das inovações promovidas pela LC nº 141/12 em relação ao SIOPS a ser destacada no tangente ao controle externo é a previsão de módulo específico, para registro das informações sobre a aplicação dos recursos em ASPS para fins de emissão do parecer prévio dos tribunais de contas. Com isso, quando os tribunais de contas inserirem os dados apurados com o mesmo conteúdo do RREO, haverá em um mesmo banco de dados informações declaradas e homologadas pelo gestor de saúde e apuradas pelos tribunais de contas em sua atribuição constitucional de promover controle externo na condição de órgãos auxiliares do Poder Legislativo.

A alimentação do SIOPS por parte dos gestores públicos sempre foi tida como dever do gestor de prestar contas dos gastos públicos com ações e serviços públicos de saúde, além do respeito aos princípios constitucionais da publicidade e da moralidade. Mesmo antes da publicação da LC nº 141/12, o SIOPS dispunha de mecanismo capaz de registrar, a critério do gestor estadual/municipal, em funcionalidade restrita do sistema, informações ou dados atinentes ao seu respectivo Tribunal de Contas, no que concerne a aplicação de recursos próprios na saúde.

Além disso, a oitava diretriz da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322/03 (Brasil, 2003), base estruturante do sistema, estabelece que tribunais de contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, podem, a qualquer tempo, solicitar aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema retificações nos dados registrados no SIOPS. Outro avanço obtido encontra-se na atribuição de responsabilidade ao gestor da saúde pelas informações declaradas e pelo cumprimento dos prazos estabelecidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para todos os fins previstos na Lei Complementar

e na legislação concernente. Isso porque, historicamente, o gestor da saúde sempre respondeu apenas pela parte administrativa, restando a financeira ao gestor de fazenda.

Trata-se de inovação a obrigatoriedade da homologação dos dados pelo gestor público. Na prática, o setor responsável pela contabilidade da administração pública alimenta o sistema, inserindo informações de receitas e despesas no programa disponibilizado pelo Ministério da Saúde, e o Gestor do SUS (municipal, distrital, estadual e federal), mediante uso de certificado digital, homologa aquela informação. Assim, juridicamente, quem valida e assume a responsabilidade por aquela informação é o gestor de saúde local.

Vale ressaltar, ainda, que a lei complementar, tampouco o Decreto nº 7.827/12, atribuem ao Ministério da Saúde a condição de certificador das informações declaradas no SIOPS. Pelo contrário, a lei é categórica ao afirmar que é atribuição do gestor de saúde a responsabilidade pelo registro dos dados nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados.

A par da discussão do que seja o sistema, as características e os processos informacionais, a LC nº 141/12 foi cuidadosa ao preliminarmente mencionar a competência dos Tribunais de Contas quando da verificação da aplicação dos recursos mínimos em ASPS, no âmbito de suas atribuições (art. 25), para então eleger a base de dados do SIOPS como fonte de informações para averiguação da aplicação de recursos mínimos na saúde. Seja no momento da comprovação do cumprimento dos requisitos necessários à realização de transferências voluntárias, nos termos do art. 25 da LRF, seja no que se refere aos fins de aplicação de restrição à entrega e ao emprego dos recursos repassados pela União aos estados, Distrito Federal e municípios a título de transferências constitucionais obrigatórias, sendo elas: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal (FPE), Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e IPI-Exportação, nos termos do art. 160, parágrafo único, inciso II da Constituição Federal.

Esse mesmo artigo em seu §4º prevê que os resultados do monitoramento e avaliação serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142/90. (Lei 8142, 1990)

Cabe ao Ministério da Saúde dar ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas no art. 39 da LC nº 141/12. Ou seja, eventual juízo de valor que o Ministério da Saúde venha a fazer sobre as informações declaradas, ou diante da sua omissão, deve comunicar às instituições e/ou aos órgãos vinculados à área da saúde ou de controle interno e externo.

Ademais, a não observância do disposto quanto ao SIOPS ensejará suspensão das transferências voluntárias entre os entes da federação e eventual suspensão das transferências constitucionais a Estados, Distrito Federal e municípios. Outrossim, constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Poder Executivo e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dado ciência ao Poder Executivo e à direção local do SUS, para que sejam adotadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Por fim, a seção da fiscalização da gestão da saúde, estabelece que os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira, e o relatório do gestor sobre a repercussão da execução daquela lei complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços assistenciais das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo indicações para que sejam adotadas medidas corretivas necessárias. Ou seja, restou estabelecido como competência dos Conselhos de Saúde não somente analisar e deliberar sobre os relatórios de prestação de contas, mas também indicar ao Chefe do Poder Executivo as medidas necessárias.

O controle como princípio fundamental da Administração Pública

É próprio do Estado democrático de direito o controle da Administração Pública, no sentido de se proceder à verificação, quanto ao atendimento do regramento constitucional, em toda forma de atuação administrativa, a qual deve estar sempre voltada para a satisfação do interesse público. Trata-se de procedimento inerente a qualquer forma de organização, pois administrar compreende planejar, organizar, dirigir e controlar atos e recursos organizacionais para alcançar objetivos estabelecidos. Outrossim, estabelece a Constituição Federal que a Administração Pública está vinculada ao cumprimento da lei e ao atendimento do interesse público, de modo que o estabelecimento de condições que verifiquem, constatem e imponham seu cumprimento, de forma a atender interesse público, tem por finalidade evitar abuso de poder.

O termo controle refere-se, de modo geral, à fiscalização exercida sobre as atividades de pessoas, órgãos, departamentos ou produtos, com o propósito de que tais atividades ou produtos não se desviem de normas pré-estabelecidas. Dessa forma, o controle dos serviços públicos deve ser exercido pela própria administração pública, pela população em geral, bem como por órgãos incumbidos de tutelar interesses coletivos e difusos.

Igualmente, quando o serviço é prestado diretamente pela Administração Pública, está sujeito aos controles usuais aplicáveis a todas as atividades administrativas, derivados do poder de autotutela e da denominada tutela administrativa. Deve ser um controle particularmente rigoroso, porque se tratam de atividades às quais a Constituição dispensa especial atenção, por interessarem diretamente à população, sendo mesmo algumas delas consideradas essenciais à subsistência da coletividade (Alexandrino & Paulo, 2009, p. 634).

Segundo Mileski (2003, p. 140), o objetivo do controle é verificar se a atividade administrativa ocorre de conformidade com o ordenamento jurídico nacional, a fim de evitar que a ação divirja dos princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. Esclarece, ainda, que o controle obsta o abuso de poder por parte da autoridade administrativa, fazendo com que essa pautar sua atuação em defesa do interesse coletivo, mediante fiscalização orientada, corretiva e até punitiva.

Outrossim, o controle é considerado atividade complementar à administração, nos aspectos legal e meritório. Portanto, tem a finalidade de avaliar a atuação da administração, consoante um conjunto de normas e princípios, visando estabelecer ou manter a regularidade e a legalidade da Administração. Sua função é fiscalizar, avaliar, detectar erros e falas e responsabilizar a Administração, podendo ser interno ou externo. Quanto ao órgão executor, pode ser administrativo, legislativo ou judiciário, podendo ocorrer de forma prévia ao ato administrativo, concomitantemente à atividade ou posterior ao ato praticado.

A Constituição Federal, ao dispor da organização do Poder Legislativo, determina que a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta, quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e aplicação dos recursos, seja por ele realizada, mediante controle externo, exercido com o auxílio do Tribunal de Contas, e pelo sistema de controle interno de cada Poder. Determina ainda que as normas estabelecidas nos art. 70 a 74 aplicam-se, no que couberem, à organização, composição e fiscalização dos tribunais de contas dos Estados e do Distrito Federal, bem como dos tribunais e conselhos de contas municipais.

Especificamente quanto aos municípios, a Constituição Federal determina que a fiscalização seja exercida pelo Legislativo Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Executivo Municipal, na forma da lei; que o controle externo da câmara municipal seja exercido com o auxílio dos tribunais de contas dos Estados ou dos conselhos ou tribunais de contas dos municípios, onde houver, nos termos de seu §1º do art. 31.

Di Pietro (2001) pontua que o controle sobre os órgãos da Administração Direta é interno e decorre do poder de autotutela que permite à administração pública rever os próprios atos quando ilegais, inoportunos ou inconvenientes. O controle interno corresponde aos instrumentos organizacionais, que permitam prever, observar, dirigir ou governar acontecimentos que se verificam dentro da organização a fim de proteger seu patrimônio.

Segundo normativa do Conselho Federal de Contabilidade (CFC), o sistema contábil de controles internos “compreende o plano de organização e o conjunto integrado de método e procedimentos adotados pela entidade na proteção do seu patrimônio, promoção da confiabilidade e tempestividade dos seus registros e demonstrações contábeis, e da sua eficácia operacional” (Conselho Federal de Contabilidade, 1997).

Dentre os princípios fundamentais norteadores das atividades da Administração Pública Federal está o controle, juntamente com o planejamento, a coordenação, a descentralização e a delegação de competência (Decreto-Lei nº 200, 1967). Esse decreto-lei estabelece que o controle deve ser exercido em todos os níveis e órgãos, compreendendo particularmente: a) a chefia competente, da execução dos programas e da observância das normas que governam a atividade específica do órgão controlado; b) os órgãos próprios de cada sistema, da observância das normas gerais que regulam o exercício das atividades auxiliares; e c) o controle da aplicação dos dinheiros públicos e da guarda dos bens da União pelos órgãos próprios do sistema de contabilidade e auditoria. Segundo lição do administrativista Bandeira de Melo (2002, p. 121),

O Estado tanto pode desenvolver por si mesmo as atividades administrativas que tem constitucionalmente a seu encargo como pode prestá-las através de outros sujeitos. Nesta segunda hipótese ou transfere a particulares o exercício de certas atividades que lhe são próprias ou, então, cria outras pessoas, como entidades adrede concebidas para desempenhar cometimentos de sua alçada. Ao criá-las, a algumas conferirá personalidade jurídica de direito público privado e a outras personalidade jurídica de direito privado.

Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao pleno exercício do direito a saúde, devendo as ações e serviços públicos de saúde ser executados por ele, diretamente ou por meio de terceiros, conforme disposto expressamente pelo art. 2º da Lei nº 8080/90 (Lei nº 8080, 1990). Portanto, constituindo o SUS o conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, irrefutavelmente está submetido ao sistema de controle imposto à administração pública. Atrelado ao vínculo inegável do controle da administração pública ao Estado, o constituinte originário e o legislador derivado ao regulamentar o SUS pensaram novas formas e critérios de controle da gestão da saúde, face às peculiaridades do sistema.

No que tange às especificidades estabelecidas pela LC 141/2012, esse ordenamento inova no sentido de incluir os agentes de controle social do SUS, especialmente os Conselhos de Saúde de cada instância participante, como co-responsáveis pelo acompanhamento, aprovação e exercício de recomendações corretivas da execução orçamentária, tendo em vista as reais condições sanitárias administradas pelos gestores, além das suas funções previstas na Lei 8142/90. Em termos práticos, não se alteram significativamente as funções e responsabilidade de Sistema Nacional de Auditoria, mas a lei acrescenta uma condição essencial de acompanhamento pelos conselheiros constituídos.

A lógica estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS)

Sob a égide da Constituição, que consagrou contexto favorável à participação dos cidadãos nos processos de tomada das decisões políticas essenciais ao bem-estar, a saúde passou a ser considerada direito de todos e dever do Estado, sendo conferido às ações e serviços de saúde o caráter de relevância pública. Para tanto, atribuiu-se ao Poder Público o dever de, nos termos da lei, dispor sobre sua regulamentação, sua fiscalização e seu controle, sendo sua execução atribuída diretamente ao poder público ou por meio de terceiros.

Criado pela Constituição Federal, organizado como um conjunto individualizado, dotado de organização interna complexa que conta com diversos órgãos colegiados de deliberação, como Comissões Intergestores, o SUS é formado pela rede de ações e serviços públicos de saúde prestados no país, reunindo em si todas as instituições jurídicas que desenvolvem ações e serviços públicos de saúde (Aith, 2007, p. 269).

Está claro que a definição do SUS passa pela compreensão do conjunto de normas jurídicas que define seus integrantes, estabelece seu campo de atuação, cria seus mecanismos de ação e prevê formas de sanção

para descumprimentos. O sistema é composto por um conjunto de instituições jurídicas autônomas e complementares entre si.

De certo que a concretização do direito à saúde acompanhou a forte mudança do arranjo federativo implantado pelo texto constitucional, o processo de descentralização político-administrativo na saúde envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de poder, responsabilidades e recursos, notoriamente concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios. Consequentemente, houve mudança significativa na condução do processo decisório na saúde. Migrou-se de um cenário centralizador, em que a União exercia certo protagonismo soberano, para a descentralização aos demais entes, passando a contar com mais de cinco mil e quinhentos atores, por assim dizer.

Outrossim, o papel e as funções dos gestores nas três esferas de governo sofreram importantes mudanças no processo de implantação do SUS, em grande parte relacionadas à descentralização. Além da dimensão federativa, o processo de descentralização na saúde apresentou a especificidade de estar atrelado à ideia de conformação de um sistema integrado de serviços e ações, implicando novas formas de articulação entre esferas de governo, instituições e serviços de saúde.

De modo geral, a formulação de políticas tem sido compartilhada entre os gestores do SUS no âmbito das comissões intergestores e com outros atores sociais, por meio dos conselhos de saúde, embora isso não se dê de forma homogênea entre os diversos temas da política. O reconhecimento de duas dimensões indissociáveis da atuação dos gestores da saúde – a política e a técnica – demonstra a complexidade enfrentada no âmbito do sistema.

Nesse contexto, a LC 141/2012 contribuiu com a definição clara de quais ações dos sistemas de saúde, atividades que envolvem a produção assistencial e responsabilidades decorrentes da descentralização, apresentam-se como constitutivas do escopo de atuação de cada instância do SUS. Por exemplo, a contabilização como despesas com saúde de ações que possam indiretamente envolver seu objeto; tais como saneamento básico e ambiental, merenda escolar, pagamento de aposentadorias e pensões de pessoal egresso da área, gastos que não privilegiem o acesso universal, entre outros, passam a não ser mais admitidos como parte do orçamento do SUS (art. 4º da lei). Tal assunção corrige distorções importantes existentes no sistema até a promulgação da lei, especialmente no nível de gestão de saúde dos municípios.

O Controle Público no Sistema Único de Saúde (SUS)

A par da obrigatoriedade da manutenção de sistema de controle interno nos três Poderes (Executivo, Legislativo e Judiciário) e das atribuições do controle externo, é interessante notar que a participação da comunidade é uma das diretrizes do SUS. Com isso se impôs aos agentes públicos a criação de mecanismos que garantam a efetiva participação da comunidade na formulação, gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde.

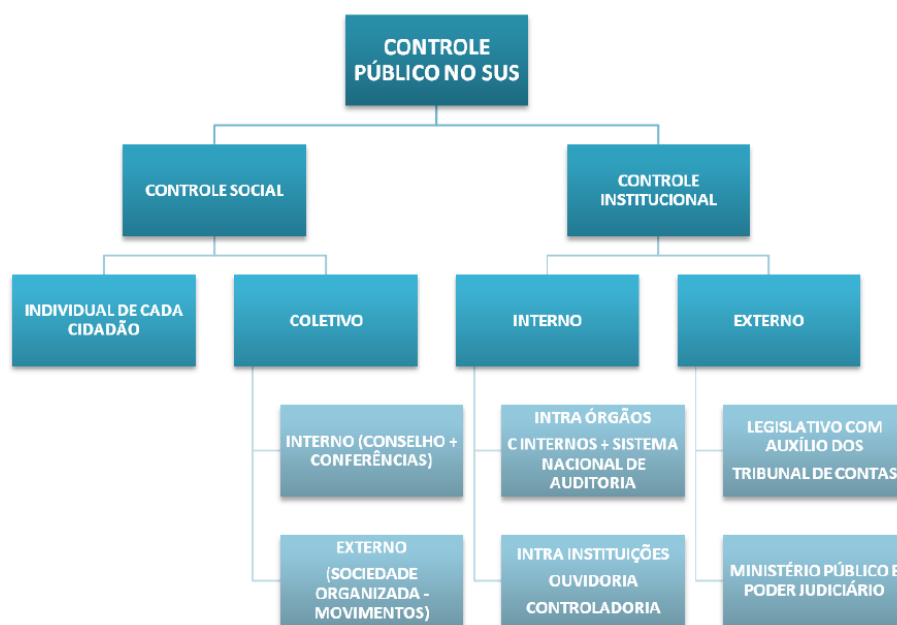


FIGURA 1 –

Fluxograma do controle público coexistente no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Gilson Carvalho. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Com adaptações dos autores.

A Lei nº 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, definiu os principais instrumentos de gestão e o controle social para o sistema (Lei nº 8142, 1990). Criaram-se duas instituições jurídicas importantes que institucionalizam a participação da comunidade no SUS, as Conferências e os Conselhos de Saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, poder constitucionalmente responsável pelo controle externo do Poder Executivo. Tais instrumentos de efetivação do controle social atuam na elaboração de estratégias e no controle da política de saúde, bem como na avaliação de sua execução.

As Conferências de Saúde são realizadas a cada quatro anos com representação de vários segmentos sociais e têm por objetivo: avaliar a situação de saúde da população; analisar avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação da política de saúde. Já os Conselhos, órgãos de caráter permanente e deliberativo, são compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Foram criados na perspectiva de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

No Brasil, o controle social começa a ganhar fôlego a partir da Constituição de 1988, em que estão expostos de forma legal instrumentos de participação social em políticas públicas. A saúde foi pioneira nesse processo, graças às reivindicações e forte pressão exercida por movimentos sociais, sociedade civil organizada, juntos ao Movimento de Reforma Sanitária na luta por mudança do modelo de saúde instalado no país até a promulgação da Constituição.

Está claro que o SUS, ao ser guiado pela diretriz constitucional da participação da comunidade (art. 198, III), traz consigo a participação e a força de vários setores da sociedade. A saúde como direito social (art. 6º da CF/88) pressupõe o movimento das pessoas, da família, das empresas e da sociedade em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito, de modo que o controle social possibilita a participação da sociedade civil na representação de seus interesses e na política de saúde.

Na área da saúde, face à necessidade de conciliar as características do sistema federativo brasileiro e as diretrizes do SUS, foram criadas comissões intergestores. O objetivo dessas instâncias é propiciar debate e negociação entre níveis de governo no processo de formulação e implementação da política de saúde, devendo submeter-se ao poder fiscalizador e deliberativo dos conselhos de saúde participativos. A Lei nº

8080/90, ao dispor da gestão do SUS, determinou a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (Lei nº 8080, 1990), às quais foram atribuídas finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas compreendidas no âmbito do SUS.

O Decreto nº 7.508/11 ao dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, definiu as Comissões Intergestores como instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS (Decreto nº 7508, 2011). A pactuação dos aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde, é uma das competências atribuídas às comissões.

Ao atribuir ao Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), que têm por objeto a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários, o decreto fixou outro mecanismo de controle da gestão. Além disso, impõe ao gestor a inclusão de seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do COAP no Relatório de Gestão, que, por sua vez, é submetido aos Conselhos de Saúde de forma a favorecer o controle social.

Com relação às disposições existentes na LC 141/2012 que abordam esse tema, é importante salientar que essa especifica como agentes condicionantes: a elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual; o cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias; a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde; as transferências dos recursos aos Fundos de Saúde; a aplicação dos recursos vinculados ao SUS; e a destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde. Tais elementos, aliados às especificações também trazidas pela lei quanto à disponibilidade de sistemas de informações a ser provido pelo Ministério da Saúde, procuram garantir o intercâmbio de dados entre as três instâncias componentes do SUS, Tribunais de Contas, legisladores e Conselhos de Saúde (arts. nº 38 e nº 39 da LC141/2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este breve levantamento não teve a pretensão de esgotar o tema acerca dos mecanismos de controle da gestão à luz da Lei Complementar nº 141/12, mas pôr em discussão o que eles representam em termos de visibilidade e eficiência da gestão do SUS, de forma a contribuir com um sistema cada vez mais universal, igualitário e equânime.

De fato, diante do teor predominantemente orçamentário e financeiro, os mecanismos de controle da gestão expressos na LC nº 141/12 também guardam viés dessa mesma natureza. Certo é que a discussão da gestão e, conseqüentemente, o controle exercido tanto pela administração, via órgãos de controle interno e externo, quanto pela sociedade, tangenciam sempre a discussão do financiamento do sistema.

Pode-se dizer que ocorreu mudança no ordenamento jurídico nacional, introduzida pela LC nº 141/12, através do art. 46, no que tange ao mecanismo de controle, pois, além do Tribunal de Contas e do Sistema Nacional de Auditoria, foi incluído como entidade que deve exercer controle sobre contas de Estados e Municípios o Conselho de Saúde respectivo, estando agora munido de poder de rejeição.

Com o advento da LC nº 141/12, os Conselhos de Saúde passam a aprovar despesas com saneamento básico de domicílios ou pequenas comunidades que serão consideradas como ASPS na prestação de contas do gestor da saúde. O CNS passa a deliberar sobre a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para definição de montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para custeio das ações e serviços de saúde, desde que a CIT pactue a metodologia e a encaminhe ao conselho correspondente.

O Ministério da Saúde passa a informar aos Conselhos de Saúde os recursos previstos para transferência aos Estados, Distrito Federal e municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação.

Os Conselhos de Saúde passam a avaliar a gestão do SUS e emitir parecer conclusivo sobre cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação de contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor. De forma que o gestor passará a encaminhar os Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais (RPCQ) e o RAG aos respectivos conselhos de saúde; assim como a Programação Anual do Plano de Saúde (PAS) antes do encaminhamento do capítulo saúde da PLDO.

Os Conselhos de Saúde farão ainda avaliação sobre condições de saúde e qualidade dos serviços de saúde da população, a qual será encaminhada ao Chefe do Executivo do respectivo ente da Federação, para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. Além disso, passam a assessorar o Legislativo, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/12, especialmente, sobre a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo a Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS.

Apesar dos avanços obtidos no campo da saúde e do tempo de existência do SUS, muitos desafios ainda estão postos para a efetivação dos seus princípios e diretrizes, bem como, para a participação social no seu controle. Interessante seria se os órgãos de controle com as informações de que dispõem sobre a gestão da saúde passassem de fato a contribuir com o SUS, de forma a apontar causas e buscar soluções junto aos gestores públicos de saúde.

De certo que, o modelo gerencial do SUS torna a tarefa do gestor bastante complexa, vez que o processo de descentralização, da forma como foi implementado, em muito se parece com o processo de desconcentração descrito na literatura administrativa, posto que o poder financeiro do SUS concentra-se na órbita federal, em que pese o sistema ser gerenciado de forma tripartite.

Como bem elucidado pelo saudoso Sanitarista Dr. Gilson Carvalho, o “objetivo maior e único de todo o controle é a conquista dos objetivos finais. Controles para punir se perdem no processo e não cumprem com sua finalidade. Em última análise deve-se controlar para conquistar a boa qualidade, a maior eficiência e eficácia. Controlar não é castigar, mas eficientizar. O que buscamos é que o controlado ou a ação controlada seja boa e bem feita” (Carvalho, 2003, p. 345).

REFERÊNCIAS

- Alexandrino, M; Paulo, V. Direito Administrativo Descomplicado, 17º ed. Ver. Atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2009, p. 634.
- Aith, Fernando, Curso de Direito Sanitário – A Proteção do Direito à Saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 2007, p. 269
- Bandeira de Melo, C.A. Curso de Direito Administrativo, 14ª ed., São Paulo, Malheiros, 2002, p. 121
- Barbosa, E. C. - 25 anos do Sistema Unico de Saude: Conquistas e Desafios. Revista Gestão de Sistemas de Saude, RGSS, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, jul./dez. 2013.
- Borgert, A. Curso de Aperfeiçoamento em Gestão estratégica por Resultados em Saúd e a Distância – Auditoria e Controladoria. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2008.
- Carvalho, G. O. Financiamento Público da Saúde no Bloco de Constitucionalidade. Em Coletânea de Textos – Série E. Legislação de Saúde Direito Sanitário e Saúde Pública; v. I. Ministério da Saúde, 2003. p. 345.
- Conselho Federal de Contabilidade (Brasil). Resolução nº 820, de 17 de dezembro de 1997. Aprova a NBC T 11 – Normas de Auditoria Independente das Demonstrações Contábeis com Alterações e dá outras

providências. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.portaldecontabilidade.com.br/nbc/t11.htm>> Acesso em: 24/11/2014.

Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988. DOU de 5.10.1988.

Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. DOU 29/06/2011. (Brasília, 2011). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm Acesso em: 20/11/2014

Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. DOU de 17.10.2012. (Brasília, 2012a). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm

Di Pietro, M. S. Z. Direito Administrativo, 20ª Edição. São Paulo: Atlas, 2002.

Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2000a. DOU de 13.09.2000.

Gonçalves, P.R.R. Sistema de Acompanhamento da Gestão Fiscal e a Lei Complementar Federal nº 101/2000 (LRF). R. Tén. dos Trib. de Contas – RTTC, Belo Horizonte, ano 1, n. 0, p. 215-227, set 2010.

Guizardi, F. L.; Cavalcanti, F. O.. A gestão em saúde: nexos entre o cotidiano institucional e a participação política no SUS. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop1210>. Acessado em 22/10/2014

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. DOU 20/09/1990. (Brasília, 1990a) Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> . Acesso em 20/11/2014.

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. DOU 31/12/1990. (Brasília, 1990b) Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm> . Acesso em 20/11/2014.

Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. DOU 05/05/2000. (Brasília, 2000b) Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm>

Lei Complementar nº 131, de 27 de maio de 2009. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências, a fim de determinar a disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. DOU 28/05/2009. (Brasília, 2009) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp131.htm#art1. Acesso em 20/11/2014.

Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. DOU de 16/1/2012. (Brasília, 2012b) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm. Acesso em 20/11/2014

Machado, C.V. Lima, L.D. & Baptista, T.W.F.. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_339793983.pdf Acessado em 22/10/2014

Mileski, H.S, O Controle da Gestão Pública. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2003, p. 140

- Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003. Aprova diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Brasília, 2003. DOU de 8/5/2003. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm >
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 53, de 16 de janeiro de 2013. Estabelece diretrizes para o funcionamento do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e fixa prazos para registro e homologação de informações, em observância ao art. 39 da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e ao Capítulo I do Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. DOU 17.01.2013 Seção I, p.33. (Brasília, 2013)
- Ministério da Saúde. Portaria GM nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (Brasília, 2012c) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0575_29_03_2012.html Acesso em: 26/11/2014.
- Santos, L. SUS e a Lei Complementar nº 141 Comentada. Campinas – São Paulo: Editora Saberes; 2012, p.142.