

FEDERALISMO E O CONTROLE PELO
TCU DAS TRANSFERÊNCIAS FUNDO A
FUNDO : O CASO DO SISTEMA ÚNICO
DE SAÚDE

Fernando Antonio Dorna Magalhães
Orientador: Prof. Mamede Said

Introdução

A Constituição Federal de 1988 consagrou uma visão do pacto federalista que promove a descentralização dos recursos e da execução de políticas públicas, em forte contraponto ao observado anteriormente, durante o período do regime militar. Exemplo claro desse movimento pela maior participação das esferas estaduais e municipais na execução de políticas públicas é o modelo proposto para a prestação dos serviços de saúde a partir do declarado no seu art. 198, donde se destacam as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS: descentralização e participação da comunidade.

A questão que será tratada neste artigo é: dada a orientação descentralizadora estabelecida na Constituição Federal em relação ao pacto federalista e ao modelo previsto para o financiamento e prestação dos serviços de saúde pelo Estado, como deve se pautar a atuação do Tribunal de Contas da União - TCU no exercício de sua competência constitucional de fiscalização dos recursos federais?

Um primeiro ponto a ser esclarecido é que não se intenciona aqui discutir se o Tribunal de Contas da União é competente ou não para a fiscalização dos recursos transferidos na modalidade fundo a fundo, onde a movimentação financeira se dá no sentido do fundo federal para o fundo estadual ou municipal, pois essa competência fiscalizatória já está pacificada na jurisprudência do TCU, ao entender que os valores repassados pela União aos fundos de saúde estaduais e municipais são recursos federais.

O ponto da questão é como deve ser exercido o controle externo por parte do Tribunal a partir de uma visão federalista orientada para a descentralização e a maior exigência do envolvimento das comunidades e cidadãos na participação e fiscalização das políticas públicas.

Atualmente, ao entender que os fundos de saúde estaduais e municipais são constituídos, ao menos em parte, por recursos federais, o TCU tem realizado fiscalizações que se aprofundam na análise do mérito de decisões e procedimentos operacionais de secretarias de saúde estaduais e municipais. Ao proceder dessa maneira, o TCU traz para a esfera federal situações e problemas que deveriam ser tratados regional ou localmente,

tutelando, de certa forma, a aplicação do recurso que foi constitucionalmente descentralizado.

Ao não considerar as instâncias de controle externo do poder executivo estadual ou municipal, o TCU prejudica o debate local, pois o desenrolar do processo passa a se dar em Brasília. Isso prejudica o amadurecimento das instituições locais e dificulta o desenvolvimento do controle social e da cidadania, pois ambos preferencialmente florescem na atuação comunitária.

Conforme escreve José Alfredo de Oliveira Baracho (1995): “*A nova versão de cidadania é traduzida pela idéia de uma consciência cidadã no trato com a coisa pública, tanto para a escolha dos dirigentes, como no trabalho social a ser cumprido.*” Ou seja, a construção da cidadania vai muito além da mera atuação do sujeito como eleitor, mas também requer sua participação como agente das políticas públicas.

Trata-se de construir uma administração pública participativa, que reforce o papel do indivíduo e onde a avaliação crítica de sua atuação lhe permita intervir na condução dos negócios públicos e se colocar pró-ativamente como membro da coletividade, reforçando a idéia de que a democracia seja “*sinônimo de auto-organização política da sociedade*” (Habermas).

A fim de caracterizar essa necessidade de participação dos cidadãos e da sociedade civil nas decisões que lhe dizem respeito, pode-se também trazer ao debate o princípio da subsidiariedade, invocado a partir da discussão sobre a alienação dos indivíduos frente ao processo de globalização, que inflige mudanças às sociedades sem que haja instrumentos de discussão prévia. Basta relacionar a alienação globalizante com o mesmo efeito gerado pelo comportamento centralista no âmbito da federação, para que se possa observar resultados semelhantes em termos da disseminação do sentimento de impotência social.

Portanto, o que se propõe neste artigo é que o Tribunal de Contas da União passe gradativamente a se pautar por uma atuação mais concentrada nos atores federais do SUS, acionando e interagindo com as instâncias de controle locais, tais como: as Câmaras

Municipais e Estaduais, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, os Tribunais de Conta Estaduais e/ou Municipais e o Ministério Público; a fim de fortalecer o controle social e melhor compartilhar a responsabilidade pelo bom emprego dos recursos públicos destinados à saúde da população.

Está claro que essa não pode ser uma ação de curto prazo, uma vez que a atual estrutura de controle estadual e municipal é muitas vezes deficiente e não está capacitada para assumir plenamente o seu papel, mas tal argumento não pode servir como justificativa para a eterna postergação da assunção de responsabilidades pelos entes sociais locais. Pelo contrário, é justamente essa falta do exercício da responsabilidade pelo seu destino que faz com que a sociedade civil local frequentemente se apequene na prática de sua cidadania e veja como natural a condução de seus interesses por Brasília.

Uma visão sintética do Federalismo no mundo e no Brasil

A origem do federalismo, como uma forma de organização política do estado moderno, é amplamente reconhecida na formação do estado norte-americano. Antes, não se concebia um estado soberano que não fosse unitário. A partir da Constituição Norte-Americana de 1787, ficou instituída a conformação de um estado soberano, mas não unitário, onde a União passou a concentrar a capacidade de decisão soberana sobre as competências essenciais à existência de um estado moderno: a política externa, o comércio exterior, a arrecadação de impostos e a administração da justiça em assuntos de interesse nacional; e os estados-membros mantiveram uma esfera de atuação autônoma sobre as competências residuais, pelo menos enquanto estas não conflitassem com os interesses nacionais.

Assim, estabeleceu-se a Federação como um grande sistema de repartição de competências, no qual existe intrinsecamente uma descentralização em unidades autônomas, com a preservação do relacionamento harmônico entre União e estados-membros. É possível, a partir dessa divisão de competências, identificar o grau de descentralização de uma Federação.

O federalismo brasileiro tem sido, ao longo da história, predominantemente centralizador, demonstrando uma vocação centrípeta¹. Tal característica origina-se em sua criação, que se deu pela transformação das Províncias do Império em Estados-membros. No caso brasileiro, a Constituição de 1891, ainda que no propósito de criar um modelo federal altamente descentralizado, criou uma União artificial, já que essa formação se deu a partir de um Estado Unitário, regido pela Constituição de 1824, em um movimento do centro para a periferia, o inverso do modelo norte-americano. Conforme identificado por diversos autores, enquanto o Estado norte-americano foi formado a partir da anterioridade de uma identidade social em relação à constituição do poder, no Brasil o poder constituiu-se anteriormente a essa identidade.

Então, inicialmente, foi criado no Brasil um federalismo nos moldes clássicos, com enumeração dos poderes da União e ficando os residuais a cargo dos estados. A partir daí, há um processo de constante oscilação entre as tendências à centralização e descentralização, sendo que o caráter centralista alcança seu ponto máximo na Constituição social-facista de 1937, quando alguns autores chegam a entender que a federação tenha sido mesmo extinta. Anteriormente, a Constituição de 1934, pela primeira vez, prevê uma gama de competências legislativas concorrentes, através das quais os estados poderiam editar leis em nível supletivo e complementar às normas gerais da União.

Um novo ciclo de descentralização política foi retomado com a Constituição de 1946, terminando com o regime militar, podendo-se afirmar que, a partir de sua instauração, houve uma Federação somente nominal, pois o Brasil regride à condição de Estado Unitário descentralizado, no qual os governadores passam a ser indicados pelo poder central para aprovação simbólica.

A Constituição de 1988 buscou reparar distorções do regime federativo, com a ampla revisão da repartição de competências. Entre as inovações introduzidas, destaca-se o reconhecimento dos municípios como mais uma unidade federada a compor a união indissolúvel da República. Buscou-se construir um modelo federativo de cooperação, superpondo-se competências federais e estaduais, com orientação descentralizadora, que

¹ Acentuada centralização por meio de uma maior soma de poderes nas mãos da União (Ferreira).

estimula a participação cooperativa entre União, estados e municípios na elaboração e execução de políticas públicas em prol da coletividade.

O modelo de federalismo desenhado pela Constituição de 1988 busca alcançar o equilíbrio entre seus membros: cabe à União o exercício dos poderes gerais que tenham a ver com questões próprias da Federação; e, configura aos estados a adaptação das regras gerais estabelecidas conforme suas características regionais, conservando autonomia própria.

A Saúde na Constituição Federal

A Constituição Federal reconhece, no Título dos Direitos e Garantias Fundamentais, em seu art. 6º, o direito à saúde como um direito social, financiado por toda a sociedade, de forma direta e indireta (art. 195). Além disso, a saúde está contemplada em toda Seção II do Capítulo que trata da Seguridade Social (arts. 196 a 200). Nessa Seção encontra-se estabelecido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, relaciona as ações e serviços de saúde como de relevância pública e, entre outras previsões, constitui o Sistema Único de Saúde, organizado segundo as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

Ainda, em relação às competências relacionadas à política de saúde no país, prescreve o texto constitucional que compete à União, estados e Distrito Federal legislar concorrentemente sobre a proteção e defesa da saúde (art. 24, XII), devendo a União estabelecer regras gerais e os estados legislarem suplementarmente, restando aos municípios legislar de forma complementar no que couber. Quanto à competência material, cabe à União, estados, Distrito Federal e municípios cuidar da saúde (art. 23, II), sendo que aos municípios é prevista a prestação de serviços de atendimento à saúde com a cooperação técnica e financeira da União e estado (art. 30, VII).

Como reforço ao compromisso de todas as esferas de governo com o financiamento das ações de saúde foi editada a Emenda Constitucional nº 29, de 13/09/2000, que alterou os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição e acrescentou o art. 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. A EC nº 29/2000 criou a

possibilidade da União intervir nos estados e ambos intervirem nos municípios a fim de assegurar a aplicação do mínimo exigido das receitas advindas dos impostos estaduais e municipais nas ações e serviços públicos de saúde. Além disso, facultou à União e estados a remessa de recursos provenientes da repartição das receitas tributárias à aplicação mínima de recursos no SUS. Por fim, instituiu percentuais mínimos de aplicação de recursos nas ações e serviços de saúde, bem como uma regra de transição para a adequação de todos os entes federativos a esses percentuais, prevendo a edição de Lei Complementar, a ser reavaliada a cada cinco anos, com o intuito de estabelecer: os percentuais mínimos a serem aplicados na saúde; os critérios de rateio dos recursos vinculados à saúde destinados a estados e municípios; as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas de saúde em todas as esferas de governo; e as normas de cálculo do montante a ser aplicado em saúde pela União.

Portanto, o quadro que se extrai do mandamento constitucional é de uma distribuição intergovernamental de funções, na qual a União está encarregada das funções de financiamento e de formulação da política nacional de saúde, assim como da coordenação das ações intergovernamentais. Aos estados cabe adaptar essa política a suas peculiaridades regionais, coordenando as ações entre os seus municípios. E, finalmente, cabe aos municípios a prestação dos serviços de saúde com o auxílio técnico e financeiro dos estados e União.

Ressalte-se a importância dada pela Carta Magna à efetiva aplicação de recursos na saúde, vinculando montantes com esse fim e estabelecendo severas conseqüências em caso de desobediência, tais como a retenção de repasses e, mesmo, a intervenção federal ou estadual.

O Sistema Único de Saúde - SUS

A partir da ordenação estabelecida na Constituição, foi constituído o Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado pelas Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990 (Leis Orgânicas da Saúde), com participação concorrente da União, estados e municípios. Prevê-se também que esse Sistema seja financiado por recursos dos orçamentos da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

A característica inovadora do financiamento do SUS é a transferência de recursos no sentido da União para os estados e municípios, acompanhando a responsabilidade pela execução dos serviços, na forma de repasses de um fundo federal para um outro fundo estadual, distrital ou municipal, a chamada transferência fundo a fundo.

A transferência fundo a fundo é um forte mecanismo de descentralização, uma vez que os recursos são repassados de forma regular e automática a partir da capacidade de gestão de cada estado, Distrito Federal ou município, derivada de suas capacidades técnica, administrativa e material para a execução dos serviços, acompanhados de responsabilidades e prerrogativas. Assim, a transferência de recursos é feita diretamente a partir do Fundo Nacional de Saúde na conta individual dos fundos de saúde estaduais, do Distrito Federal ou municipais e sua aplicação deve atender ao disposto no plano de saúde do estado, do Distrito Federal ou do município.

Esse mecanismo de transferência de recursos permite uma relação mais equânime entre os entes federados, uma vez que permite a execução dos serviços de saúde a nível regional ou local com grande margem de discricionariedade por parte do estado, no sentido de como coordenar e avaliar, ou do município, no sentido de como planejar, organizar, controlar e avaliar, o sistema de saúde em seus territórios. Além disso, como parte do arcabouço fundamental do modelo, encontra-se estabelecido na Lei nº 8.142, de 28/12/1990, a forma como se dá a participação da comunidade na gestão do sistema. Essa participação se ancora na formação dos Conselhos de Saúde em todos os entes federativos participantes do SUS e na participação de representantes dos Secretários de Saúde estaduais e municipais no Conselho Nacional de Saúde.

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Já o Conselho Nacional de Saúde foi regulamentado pelo Decreto nº 99.438/1990 e é composto por 30 membros, tendo como finalidade a coordenação da

Política Nacional de Saúde, bem como a definição de parâmetros e do cronograma de transferência dos recursos para cada fundo estadual ou municipal, dentre outras atribuições.

Portanto, a forma como foi desenhado o modelo que rege a política de saúde no Brasil possui uma orientação descentralizadora, com instâncias de participação de todos os entes federativos nas decisões relevantes de sua gestão. Mesmo que, na prática, essa participação não se dê conforme previsto no modelo, o que seria esperado, pois é preciso vencer a inércia não-participativa resultante de décadas de centralização e falta de previsão normativa para interlocução, o avanço proporcionado pela sinalização de uma maneira mais cooperativa de se gerir políticas públicas reforça a busca por um federalismo mais equilibrado, com uma distribuição de recursos e obrigações que as tornem mais eficientes e efetivas.

Conforme Arretche (2004), os resultados dessa descentralização podem ser observados no grau de participação dos municípios no SUS: em 2002, 99,6 % dos 5.560 municípios brasileiros já haviam assumido a gestão total ou parcial dos serviços de saúde; e em 2000, 84% da rede ambulatorial estava sob responsabilidade dos municípios. Continuando, essa orientação descentralizadora também pode ser constatada na participação dos municípios no total do gasto consolidado em saúde, que evoluiu de 9,6%, em 1985, a 43%, em 2000. Ou seja, a participação municipal nos gastos com as ações de saúde no país mais que quadruplicou em pouco mais de 10 anos de implementação do SUS.

O controle do SUS e o TCU

O controle sobre a aplicação dos recursos e execução dos serviços do SUS também tem caráter descentralizador. A Lei nº 8.080/1990 previu, em seu inciso XIX do art. 16 e no § 4º do art. 33, a criação de um Sistema Nacional de Auditoria – SNA do SUS, efetivada no art. 6º da Lei nº 8.689/1993 e regulamentada no Decreto nº 1.651/1995, com a participação de estados, Distrito Federal e municípios. Assim, os recursos financeiros são movimentados sob fiscalização dos Conselhos de Saúde, estando a avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial a cargo do SNA.

Conforme determina o Decreto nº 1.651/1995, em seu art. 2º, o Sistema Nacional de Auditoria exercerá sobre as ações e serviços do SUS: o controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento; a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e a **auditoria da regularidade dos procedimentos** praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Compreende o SNA os órgãos que forem instituídos em cada nível de governo, sob a supervisão da respectiva direção do SUS. No nível federal o órgão de atuação no SNA é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS - Denasus, que faz parte da estrutura do Ministério da Saúde. O Sistema prevê que **sua estrutura e funcionamento no nível federal são indicativos da organização a ser observada por estados, Distrito Federal e municípios** para a consecução dos mesmos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

Quanto à comprovação da aplicação dos recursos do SUS, o Decreto nº 1.651/1995 estabelece, em seu art. 6º que:

Art. 6º A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios far-se-á:

I - para o Ministério da Saúde, mediante:

a) prestação de contas e relatório de gestão, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento congênere, celebrados para a execução de programas e projetos específicos;

b) relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde;

II - para o Tribunal de Contas a que estiver jurisdicionado o órgão executor, no caso da alínea b do inciso anterior, ou se destinados a pagamento contra a apresentação de fatura pela execução, em unidades próprias ou em instituições privadas, de ações e serviços de saúde remunerados de acordo com os valores de procedimentos fixados em tabela aprovada pela respectiva direção do SUS, de acordo com as normas estabelecidas. (grifei)

Em relação ao controle externo, a competência para a fiscalização dos recursos federais que compõem o SUS é dada ao TCU pela Constituição (art. 71, VI) e ratificada pela legislação específica dos SUS, vide o art. 3º do Decreto nº 1.232/1994:

Art. 3º Os recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde serão movimentados, em cada esfera de governo, sob a fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos do sistema de Controle Interno do Poder Executivo e do Tribunal de Contas da União.

Além disso, o Decreto nº 1.651/1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, estabelece:

*Art. 1º O Sistema Nacional de Auditoria - SNA, previsto no art. 16, inciso XIX da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e no art. 6º da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, é organizado na forma deste Decreto, junto à direção do Sistema Único de Saúde – SUS, em todos os níveis de governo, **sem prejuízo da fiscalização exercida pelos órgãos de controle interno e externo.** (grifei)*

...

Art. 3º Para o cumprimento do disposto no artigo anterior, o SNA nos seus diferentes níveis de competência, procederá:

...

*III - **ao encaminhamento de relatórios específicos aos órgãos de controle interno e externo, em caso de irregularidade sujeita a sua apreciação, ao Ministério Público, se verificada a prática de crime, e ao chefe do órgão em que tiver ocorrido infração disciplinar, praticada por servidor público, que afete as ações e serviços de saúde.** (grifei)*

Entendimento exarado pelo TCU mediante Decisão-TCU nº 506/1997 – Plenário firma que, no âmbito do SUS, os recursos repassados pela União aos estados e municípios, seja por intermédio de convênio, fundo a fundo ou por qualquer outro instrumento legal, constituem verbas federais e, portanto, os serviços e ações de saúde decorrentes estão sujeitos à sua fiscalização. Isso se dá por força de exigência orçamentária estabelecida nas Leis nº 4.320/1964 e 8.080/1990, havendo também a necessidade de se prestar contas ao órgão repassador dos recursos recebidos, no caso, o Ministério da Saúde.

Ainda, conforme observados os objetivos e compromissos impostos pela legislação vigente, os recursos federais transferidos na modalidade fundo a fundo, mesmo dispensados da celebração de convênio ou instrumento similar, caracterizam relação convenial entre a União e as demais esferas de governo, de acordo com a Decisão-TCU nº 449/1998 – Plenário.

Uma proposta de atuação do TCU para o SUS

Uma vez que se encontra pacificado o entendimento de que o TCU é competente para a fiscalização dos recursos federais repassados na modalidade fundo a fundo, que caracteriza o SUS, a questão a ser debatida é como se deve pautar essa fiscalização.

O desenho legal do SUS demonstra o esforço do legislador constituinte em preservar e incentivar a participação dos entes federativos e da comunidade, estabelecendo uma estrutura de repasse de recursos e responsabilidades, onde: à União cabe o papel de coordenadora nacional, estabelecendo as diretrizes gerais do sistema e fornecendo apoio técnico e financeiro aos demais entes federativos; aos estados cabe o papel de coordenador regional, atuando de maneira suplementar a uma série de atividades precípuas da União e municípios; e aos municípios cabe prestar os serviços de atendimento à saúde de sua população.

A estrutura de controle do sistema segue as mesmas diretrizes e, além do controle participativo representado pelos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais e Municipais, prevê a construção de um Sistema Nacional de Auditoria do SUS, com vista à avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS. Conforme já mencionado, a legislação específica do SUS firma expressamente a participação das correspondentes instâncias de controle em cada nível de governo.

Assim, diante de tais diretrizes, emanadas do texto constitucional e reforçadas pela legislação específica, além do esforço em se construir um federalismo mais equilibrado e cooperativo, pode-se adotar uma visão teleológica com o intuito de definir qual seria o papel do controle externo da União nessa estrutura.

Ao aproximar da comunidade o responsável pela prestação do seu serviço de saúde, por meio da titularidade auferida ao município para tanto, buscou-se dar maior flexibilidade e agilidade no atendimento das demandas específicas da população. Por estar mais próximo ao beneficiário, é no município que deve se dar o debate sobre onde, quando e como investir, seguindo normas gerais estabelecidas pela União e estados, a fim de proporcionar um melhor serviço de saúde por meio de uma gestão adequada.

Sendo tal prerrogativa alocada ao município, esta deve ser então assumida por completo. O controle faz parte do ciclo administrativo necessário para o bom termo de um processo e está implícito em toda forma de gestão. Além disso, existe a previsão legislativa da participação do município nas instâncias de controle do SUS, tanto por meio do Conselho Municipal de Saúde quanto pelo Sistema Nacional de Auditoria. O objetivo, que de resto permeia todo SUS, é que os problemas detectados quando da prestação dos serviços de saúde sejam discutidos próximos à sua origem, tendo a participação dos atores envolvidos, com o mesmo propósito de aferir maior agilidade na sua detecção e correção.

A decisão de aproximar o controle do local onde se dá a aplicação do recurso não é apenas o repasse de uma responsabilidade por parte da União, mas sim um compartilhamento das obrigações inerente ao desenvolvimento de uma relação equilibrada entre entes federativos cujos papéis estão claramente delineados na Constituição. Ao estabelecer como diretriz de uma política pública relativa a um direito social a participação da comunidade, a Carta Magna traz para o centro dessa política o incentivo à construção da cidadania. Onde o usuário-cidadão, mais que simples eleitor, passe a exercer o trabalho social de condução das políticas públicas.

Aqui, cabe trazer rapidamente ao debate a aplicação de um princípio básico que trata da regulação entre poder e finalidade, promovendo a repartição de competências entre a sociedade civil e o Estado: o princípio da subsidiariedade. Segundo Vânia Gonçalves, o princípio da subsidiariedade preconiza que a autoridade só faça o que é preciso para o bem comum aquilo que os particulares não possam ou saibam fazer por si mesmos.

A preocupação do legislador constituinte com a participação da sociedade civil nas decisões públicas, em especial àquelas relativas aos direitos sociais, como é o caso da saúde, antecipa a crescente discussão sobre a perda da capacidade do indivíduo-cidadão de decidir o seu destino, hoje representada pelo esvaziamento do poder do Estado nacional frente às forças da globalização. Basta alterarmos a escala do problema, trocando o Estado nacional pelo governo local e a preponderância global pelo poder federal, para tratarmos do mesmo tema, com as mesmas causas e conseqüências.

Observado o princípio da subsidiariedade, em um sistema onde existe a construção legislativa de instâncias nas quais pode ser exercido o poder de controle dos serviços públicos prestados localmente por parte de representantes da comunidade, deve então o Estado atuar para reforçar essa participação, abstendo-se de encampar, mesmo que amparado por boas intenções, qualquer aspecto do exercício desse poder.

Em relação à atual atuação do TCU na fiscalização dos recursos do SUS, existe uma preponderância de processos que tratam da análise da regularidade na aplicação dos recursos do Sistema na esfera municipal. Nesses processos, em grande parte, são assinaladas irregularidades e impropriedades na administração dos recursos. A despeito da importância dessas ações, a sua conseqüência colide com o objetivo de estimular a participação da comunidade e inverte a lógica do sistema. Os problemas detectados passam a ser tratados distantes de sua origem e, pela própria coerência centralizadora de um órgão uno com sede em Brasília, tendem a ser menos tempestivos, perdendo efetividade corretiva e passando a centrar-se no aspecto sancionatório.

Portanto, quando o Controle Externo da União, na figura do TCU, passa a fiscalizar a aplicação dos recursos do SUS na prestação dos serviços de saúde na esfera da atuação do município ou estado, há que adotar certos cuidados. A discussão dos problemas encontrados nesses entes federativos não deve perder a preferência pela arena local. Ao exercer sua competência fiscalizadora, o Tribunal deve optar pelo encaminhamento das irregularidades ou impropriedades encontradas ao controle correspondente: ao Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, ao Poder Legislativo Estadual ou Municipal, ao Tribunal de Contas Estadual ou Municipal competente, e, se for o caso, ao Ministério Público local.

Devendo a atuação do Tribunal seguir o sentido único preconizado pelo SUS: recursos no sentido da União para o município e controle no sentido do município para a União.

A interpretação dos arts. 1º e 6º do Decreto 1.651/1995 reforça esse entendimento, delimitando o espaço de ação preferencial de cada órgão de controle em sua respectiva esfera de governo. Embora tenha a competência para fiscalizar os recursos do SUS em sua totalidade, o TCU deve acompanhar o aprofundamento do movimento descentralizador da política de saúde, que avança conforme se consolida a sua implantação, adotando uma postura cooperativa e de apoio às instâncias de controle locais e regionais.

Para exercer o seu papel constitucional em harmonia com as diretrizes do SUS, basta ao TCU rever o seu foco operacional quando no exercício de seu poder fiscalizador. O que existe é uma questão de procedimento e não jurisprudencial, pois os entendimentos exarados pelo Tribunal não conflitam com as diretrizes do sistema.

Então, deve o TCU centrar atenção na atuação dos órgãos e entidades da União que participam do SUS, avaliando a coordenação e execução por eles exercidas. Verificando a regularidade da distribuição dos recursos e assegurando a sua correta partição, com isonomia de tratamento entre os demais entes federativos. A atuação do Tribunal deve se pautar pelo papel que não pode ser exercido por nenhuma das outras instâncias de controle: que é o de garantir que nenhum estado ou município seja indevidamente beneficiado em detrimento dos demais.

A forma de atuação aqui proposta também guarda coerência com os objetivos estratégicos do TCU, dentre eles o fortalecimento do controle social. Pois quando existe uma previsão legal desse controle, como no caso do SUS, a discussão dos problemas deve se dar preferencialmente em fórum próximo à sua origem, uma vez que a distância faz com que haja a alienação dos atores locais dele encarregados, restringindo sua atuação e prejudicando o seu fortalecimento.

Por fim, está claro que tal proposta para atuação do TCU não deve ser encampada de pronto, devendo acompanhar o ritmo de implantação do SUS e a assunção das correspondentes responsabilidades pelas respectivas instâncias de controle. No entanto,

a orientação para tanto deve ser desde já adotada, a fim de resguardar o papel do Tribunal frente às demandas de um federalismo mais equilibrado, de caráter descentralizador e participativo.

Conclusões

É inequívoca a orientação descentralizadora da Carta de 1988, que buscou a construção de um federalismo cooperativo, onde exista um equilibrado sistema de partição de obrigações e direitos entre as diversas esferas de governo. Em um país das dimensões do Brasil, com a diversidade e desigualdade observadas por toda a extensão de seu território, descentralizar não é apenas uma diretriz razoável na elaboração e execução de políticas públicas, mas simplesmente é o único caminho factível de atendimento das diversas demandas sociais. Os governos locais, por estarem mais próximos da comunidade, são aqueles mais capacitados a atender as suas necessidades específicas, decidindo a alocação de recursos e controlando o seu uso a partir das diretrizes e coordenações regionais e nacionais.

O desenho do Sistema Único de Saúde já traz de dentro do texto constitucional as diretrizes de descentralização e participação da comunidade. Em reforço ao mandamento constitucional, a legislação específica do SUS estabelece diversas instâncias e prerrogativas para a participação dos estados e municípios em todas as etapas de formulação, execução, avaliação e **controle** das ações e serviços de saúde, preocupando-se em garantir o espaço de atuação dos entes federativos e da sociedade civil.

Em conformidade com essas diretrizes e em harmonia com a legislação, a atuação do TCU deve ser pautada pela cooperação com as demais instâncias de controle, incentivando sua participação e fortalecendo o controle social. Deve o Tribunal contribuir para o desenvolvimento da consciência cidadã, atentando que, conforme observa Santos: “*a cidadania plena das pessoas depende de soluções a serem buscadas localmente...*”.

Então cabe à Corte de Contas da União, em consonância ao espírito dos mandamentos constitucionais e legais que regulam a prestação dos serviços de saúde, preservar o espaço de ação dos controles regionais e locais e garantir a correta atuação dos

órgãos e entidades federais que fazem parte do SUS, resguardando a regular partição dos recursos entre estados e municípios.

A despeito do Sistema Único de Saúde ainda não se encontrar plenamente implementado e tampouco estejam atuando satisfatoriamente as instâncias de controle nele previstas, é preciso que seja estabelecida por parte do Tribunal de Contas da União uma estratégia de ação com vista à gradual repartição das responsabilidades pelo controle dos recursos destinados às ações e serviços de saúde da população brasileira, pois só assim estará resguardada a vontade expressa pela Constituição de se alcançar um federalismo mais igualitário e equilibrado.

BIBLIOGRAFIA

ARRETCHE, Marta. *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. Rio de Janeiro/São Paulo: Editora Revan/FAPESP, 2000.

_____. *Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia*; Trabalho apresentado no IV Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política; Rio de Janeiro; 2004 - <http://www.cienciapolitica.org.br/EPP1-Marta%20Arretche.pdf> – acessado em 13/12/2005.

BARACHO, José Alfredo de Oliveira. *Teoria Geral do Federalismo*; Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____. *Teoria Geral da Cidadania: a plenitude da cidadania e as garantias constitucionais e processuais*; São Paulo: Saraiva, 1995.

BASTOS, Celso Ribeiro. *A Federação no Brasil*; Curso Modelo Político Brasileiro, Volume III, Instituto dos Advogados de São Paulo, Brasília: 1985.

_____. *Curso de Direito Constitucional* – 17ª ed., São Paulo: Saraiva, 1996.

BASTOS, Celso R. e Tavares, André R.; *As Tendências do Direito Público no Limiar do Terceiro Milênio*, São Paulo: Saraiva, 2000.

BENSAID, Daniel. *Soberanias, Nações, Impérios* ; www.dhnet.org.br/direitos/textos/globalizacao_dh/dh_global1.html, acessado em 24/11/2005.

BONAVIDES, Paulo. *Curso de Direito Constitucional*, 14ª ed., São Paulo: Malheiros Editores Ltda., 2004.

BRASIL – Tribunal de Contas da União. *Transferência de Recursos e a Lei de Responsabilidade Fiscal*. Brasília: 2000.

FERNANDES, Nelson da Nóbrega. *Globalización y crisis del federalismo en Brasil* - - <http://www.ub.es/geocrit/sn-45-22.htm>; acessado em 13/12/2005.

FERREIRA, Pinto. *Comentários à Constituição brasileira*. São Paulo: Saraiva, 1989.

GOMES, José Jairo. *SUS e descentralização*; <http://www.prmg.mpf.gov.br/producao/artigos/DrJJairo/SUS-Descentralizacao.PDF>; acessado em 02/12/2005.

GONÇALVES, Vania Mara Nascimento. *Estado, sociedade civil e princípio da subsidiariedade na era da globalização* – Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

HABERMAS, Jürgen. *Direito e Democracia: entre facticidade e validade*. Trad. Flávio Beno S. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

MADISON, James. *Os artigos federalistas, 1787-1788: edição integral* / James Madison, Alexander Hamilton, John Jay; apresentação Isaac Kramnick; tradução Maria Luiza X. de A. Borges; Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. *Pacto Federativo*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000.

MELO NETO, Antônio Sabóia de. *Federalismo e direitos sociais: reflexões sobre a possibilidade de conciliação*; <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7315>; acessado em 02/12/2005.

NOGUEIRA, Roberto Passos. *O pacto de descentralização do SUS e a aposentadoria dos servidores federais* - Texto para discussão nº 758 - Rio de Janeiro, 2000.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. *Entre o estado e o mercado: o público não-estatal*. In: _____ (Org.); GRAU, Nuria Cunill (Org.). *O público não-estatal na reforma do estado*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

PIERANTONI, Célia Regina e VIANNA, Cid Manso M., organizadores; Ângela Maria Meira de Vasconcelos et al.; *Gestão de sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

PRATES, Francisco de Castilho. *A cidadania brasileira em tempos de globalização. Repensando o federalismo*; <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3394>; acessado em 24/11/2005.

SANTOS, Milton. *Por outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SCHWARTZ, Pedro. *España, federalismo enfermo* ; <http://www.elcato.org/publicaciones/articulos/art-2005-11-11.html>; acessado em 24/11/2005

SOARES, Paulo Henrique. *Federalismo no Brasil e no Mundo: Atualidade e Perspectivas*; Dissertação de Mestrado em Direito, Universidade de Brasília, Brasília: 2000.