

FRANCISCO JOSÉ RIBEIRO FACCHINETTI

**UMA PROPOSTA DE APRIMORAMENTO DA GESTÃO DAS PESQUISAS NO
ÂMBITO DO DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL E DE
SAÚDE DO TRABALHADOR-DSAST/SVS/MS, COM FOCO NO
MONITORAMENTO.**

*Projeto de dissertação de mestrado profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas na
subárea de Políticas Públicas e Saúde*

REDMINE: MPPS.SAUDE.GOV.BR

*Orientadora: Prof. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de
Siqueira*

Data da Defesa: 03/07/2019

BRASÍLIA

2019

FRANCISCO JOSÉ RIBEIRO FACCHINETTI

Projeto:

Uma proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito do DSAST, com foco no monitoramento.

Projeto de mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a ser apresentado para banca de qualificação como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: *Prof. Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira*

BRASÍLIA

2019

Catalogar

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F137p	<p>Facchinetti, Francisco José Ribeiro. Uma proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador-DSAST/SVS/MS, com foco no monitoramento / Francisco José Ribeiro Facchinetti. -- 2019. 132 f. : il. color.</p> <p>Orientadora: Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Brasília, DF, 2019.</p> <p>1. Administração Pública. 2. Contratos. 3. Processo Legal. 4. Avaliação de Desempenho Profissional. 5. Desenvolvimento Institucional. 6. Gestão de Riscos. 7. Vigilância Sanitária Ambiental. 8. Vigilância em Saúde do Trabalhador. 9. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). I. Título.</p> <p>CDD – 23.ed. – 658.402</p>
-------	--

FRANCISCO JOSÉ RIBEIRO FACCHINETTI

**Uma proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito do DSAST, com
foco no monitoramento.**

Projeto de mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, a ser apresentado para banca de qualificação como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 03 de julho de 2019.

Banca Examinadora:

Prof.(a) Doutor(a): José Inácio J. Mota

Prof.(a) Doutor(a): Luiz Felipe Pinto

Prof.(a) Doutor(a): Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira (Orientadora)

BRASÍLIA

2019

RESUMO

O presente trabalho traz informações quanto aos processos dos contratos de pesquisa no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e do Trabalhador-DSAST, vinculada à Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, do Ministério da Saúde. Sua proposta era de apresentar um mecanismo de monitoramento dos projetos de pesquisa capaz de integrar sistemicamente as atividades de forma efetiva. Para isso a metodologia buscou investigar os processos acerca dos convênios, termos de execução descentralizadas e cartas acordos que o Departamento pactuou com as instituições de pesquisa públicas ou privadas. E para se alcançar os objetivos o referencial teórico conceituou governança pública, gestão de processos, indicadores de desempenho, controle de risco, bem como apresentou modelos de painéis, matrizes e recomendações da Controladoria Geral da União-CGU. Depois os processos foram mapeados e identificados as fortalezas e ameaças, propondo melhores práticas administrativas criando um mecanismo de monitoramento em conformidade com a necessidade e as especificidades técnicas do Departamento. Esse percurso levou a proposta de um software livre chamado de Redmine, que por ser uma plataforma web é capaz de integrar, dar segurança processual e maior qualidade aos produtos e serviços gerados pelas pesquisas do DSAST.

Palavras chave: governança pública, gestão, processos, indicadores de desempenho e controle de risco

SUMMARY

This paper presents information regarding the processes of research contracts within the Department of Environmental Health Surveillance and worker-DSAST, linked to the secretariat of health surveillance-SVS, of the Ministry of Health. His proposal was to present a mechanism for monitoring research projects capable of systematically integrating the activities effectively. For this, the methodology sought to investigate the processes about the agreements, decentralised terms of execution and agreement letters that the department contracted with public or private research institutions. And to achieve the objectives the theoretical framework conceptued public governance, process management, performance indicators, risk control, as well as presented models of panels, matrices and recommendations of the Comptroller General of the Union-CGU. Then the processes were mapped and identified gaps and threats, proposing best administrative practices creating a monitoring mechanism in accordance with the needs and technical specificities of the department. This route led to the proposal of a computational tool, Redmine, capable of integrating, giving procedural security and higher quality to the products and services generated by the research of the DSAST.

Keywords: public governance, process, management, performance indicators and risk control

LISTA DE QUADROS

QUADRO		PAG.
I	Indicadores de desempenho aplicados na Administração Pública	31
II	Fatores de risco e as respectivas fragilidades	38
III	Comparação e análise quantitativa para mensuração do risco	39
IV	Percentual de atingimento das metas estabelecidas depois de quatro anos de execução do projeto	60
V	Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando a ausência da atuação do gestor do contrato	68
VI	Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando a ausência de monitoramento pela SVS	68
VII	Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando a inexistência de instrumento de planejamento ..	69
VIII	Painel de controle de execução física para o DSAST	75
IX	Matriz de cálculo dos critérios de execução física	76
X	Painel de monitoramento da execução orçamentária e financeira	77
XI	Fatores de risco e fragilidade	79
XII	Planilha de avaliação final de resultado dos projetos do DSAST	79

LISTA DE FIGURAS

FIGURA		PAG.
I	Ciclo administrativo da gestão processual	25
II	Ciclo processual simplificado	26
III	Visão horizontal do ciclo administrativo processual	27
IV	Visão vertical do ciclo administrativo processual	28
V	Os quatro elementos inter-relacionados	34
VI	Metodologia de implementação da gestão matricial de resultados	37
VII	Análise do impacto quanto à probabilidade do risco	40
VIII	Instituições Públicas - Fragilidade de controle x poder econômico (OGU)	44
IX	Ministério da Saúde (MS) - Fragilidade de controle x poder econômico (OGU) .	45
X	Ministério da Saúde (MS) - Fragilidade de controle x poder de regulação(OGU)	46
XI	Ciclo processual de colocação de proposta	52
XII	Ciclo processual de desenvolvimento do projeto	52
XIII	Ciclo processual de prestação de conta final	53
XIV	Os três blocos essenciais da gestão matricial de resultado	53
XV	Perspectiva financeira do BSC substituída pela perspectiva da sociedade	54
XVI	Disseminação dos preceitos da missão para indicadores	55
XVII	Redesenho da metodologia de implementação da gestão matricial de resultados no âmbito do DSAST	73
XVIII	Painel de gestão de risco e controle interno	78
XIX	Metodologia que será introduzida ao Redmine no monitoramento	82
XX	Tela de acesso à plataforma do Redmine do DSAST	83
XXI	Tela do Redmine com as abas de função na plataforma do DSAST	84
XXII	Tela do Redmine do projeto TED 122/2017 com os seus subprojetos	85
XXIII	Tela do Redmine de tarefas criadas e atribuídas a um usuário do DSAST	85

ABREVIATURAS

APF – Administração Pública Federal

CGVAM – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental.

CGST – Coordenação Geral de Vigilância em Saúde do Trabalhador.

CGU – Controladoria Geral da União.

DSAST – Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

FNS -Fundo Nacional de Saúde.

MS – Ministério da Saúde.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde.

TED – Termo de Execução Descentralizado.

TCU – Tribunal de Contas da União

APF – Administração Pública Federal

OGU – Orçamento Geral da União

PDU – Plano de Dispêndio da União

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

NUP – Número do Processo.

SEI – Sistema Eletrônico de Informação.

PAD – Processo Administrativo Disciplinas.

LOA – Lei Orçamentária Anual.

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentária.

PPA – Plano Plurianual.

SICONV – Sistema de Convênios.

GESCON – Sistema de Contratos.

TI – Tecnologia da Informação.

SIAFI – Sistema de Administração Financeira.

NEMS – Núcleo Estadual do Ministério da Saúde.

CGPLAN – Coordenadoria Geral de Planejamento Orçamentário.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.

FIOTEC – Fundação para o desenvolvimento científico e tecnológico em saúde.

BPM – Business Process Management.

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GNU – General Public License

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	CONSIDERAÇÃO METODOLÓGICAS	13
2.1	Situação Problema	13
2.2	Objeto de Estudo	13
2.3	Raciocínio Hipotético	13
2.4	Objetivo Geral	13
2.5	Objetivos Específicos	14
2.6	Definição do Conceito de Convênio, TED e Carta Acordo	14
2.7	Sobre os Objetivos	15
2.8	Considerações Ética	16
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Governança: Gestão Pública	18
3.1.1	Gestão Pública e Planejamento	20
3.2	Gestão Processual	24
3.2.1	Monitoramento do Desempenho Institucional	28
3.2.1.1	Indicadores como Ferramenta de Medição	31
3.2.2	Gestão de Risco	33
3.2.2.1	Técnicas de Gestão de Risco	37
3.2.3	Mecanismos de Controle na Gestão Processual	42
3.2.4	A Gestão Processual no Fundo Nacional de Saúde	47
3.2.4.1	Procedimentos	47
3.2.4.2	Rotinas	49
4.	RESULTADO: PROPOSTA DE APRIMORAMENTO	51
4.1	Monitoramento no DSAST: Mapeando os Processos Internos no DSAST	51
4.2	Fluxo das Contratações dos Projetos de Pesquisas no Âmbito do DSAST	56
4.3	Situação-Problema no Âmbito do DSAST	58
4.3.1	Análise da Situação-Problema	66
4.4	Sugestão de um Mecanismo de Controle e Monitoramento para o DSAST	70
4.4.1	Painéis de Controle para o DSAST	74
4.4.2	Redmine: uma solução integrada para o DSAST	82
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
	APÊNDICES	96
	ANEXOS	107

1. INTRODUÇÃO

O Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST foi criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de alcançar a maior integração das ações de vigilância em saúde no âmbito dos territórios, por meio de suas duas Coordenações: Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental-CGVAM e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador-CGST. O projeto de dissertação de mestrado profissional em desenvolvimento e políticas públicas e saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP, teve como tema apresentar uma proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito do Departamento de Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador-DSAST, com foco no monitoramento.

Seu objeto de estudo abordou a gestão de projetos de pesquisa realizados no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS, que foram selecionados por serem de alta complexidade e envolverem pesquisas de campo, contratados ou renovados nos anos de 2016 a 2018. A vinculação do mestrando com o DSAST é de contribuir com sua experiência na área de Administração Pública e Governança, agregando valor no aprimoramento da gestão dos processos internos. Assim, ratifica-se a existência de estreito laço do objeto de estudo com o Mestrado Profissional de Desenvolvimento de Políticas Públicas em Saúde, do Ministério da Saúde, pois as pesquisas que se dão no âmbito do DSAST são provedoras de conhecimento e de construção de programas e ações em políticas de saúde pública.

O primeiro capítulo de Considerações Metodológicas situou o estudo no tempo e no espaço com a situação-problema, em que havia a dúvida quanto aos mecanismos de desenvolvimento dos projetos de pesquisa no âmbito do DSAST e os objetivos geral e específicos direcionaram a investigação que tinha como foco o monitoramento dos processos de contratações de convênios, termo de execução descentralizada-TED's e cartas acordo. Já o segundo capítulo de Referencial Teórico levantou conceitos, mapeou processos, explorou os preceitos legais e normativos no que se diz respeito às contratações dos projetos de pesquisa acerca do Ministério da Saúde, investigando a questão da governança na Administração Pública Federal, examinando o conceito de gestão processual e de monitoramento, bem como das ferramentas de medições por meio dos indicadores. Adentrou também no campo do controle interno e no gerenciamento dos riscos e encerra com as rotinas e procedimentos do Fundo

Nacional de Saúde e dos mecanismos de transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde.

O quarto capítulo, de Resultados, entra na questão do monitoramento acerca do DSAST identificando seus processos internos, como funcionam e por onde passam. São colocadas ainda para discussão três situações-problemas, a fim de que fossem analisadas as incongruências constatadas, sendo então possível identificar os pontos fracos e as lacunas no contexto dos projetos de pesquisa do DSAST. A análise documental e as informações extraídas do contexto mecânico dos processos do Departamento levaram a identificação de fatores de risco e da criação de matrizes de gerenciamento deles, assim como da construção de painéis de controle da execução física e orçamentária dos projetos e, por fim, apresenta uma proposta de uma solução informatizada capaz de integrar todos os processos e os atores envolvidos.

O último capítulo de Considerações Finais remonta os passos do trabalho e apresenta de forma positiva as conclusões do esforço investigativo e deixa aberto aos interessados duas categorias, de coordenação e de cooperação, para serem exploradas com mais profundidade.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Como passo inicial, resgatam-se a situação-problema, o objeto de estudo, o raciocínio hipotético e o objeto de estudo da presente dissertação.

2.1 Situação Problema

Será que os mecanismos de desenvolvimento das pesquisas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST, são adequados, suficientes?

2.2 Objeto de Estudo

O estudo da gestão dos projetos de pesquisa realizados no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS contratados nos últimos anos, por meio de convênio, termos de execução descentralizada e cartas acordo foram selecionados pela complexidade temática, envolverem pesquisas de campo, temporalidade, alto custo de implementação e terem sido alvo de auditoria dos Órgãos de Controle e do Tribunal de Conta da União.

2.3 Raciocínio Hipotético

Os mecanismos de monitoramento das pesquisas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST não estão adequados e se tornam insuficientes.

2.4 Objetivo Geral

Analisar os processos de gestão referentes às pesquisas do Departamento de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/SVS/MS visando a melhoria da governança.

2.5 Objetivos Específicos

OE 1 – Descrever os aspectos de governança e monitoramento produzidos pelos parceiros e pelo Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS;

OE 2 – Identificar os procedimentos e rotinas processuais dos projetos de pesquisa do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS;

OE 3 – Comparar os processos operacionais e administrativos com as práticas de gestão do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS;

OE 4 – Verificar se os processos e as práticas estão espelhados nos sistemas e cadastros existentes do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS;

OE 5 – Descrever as fortalezas e as ameaças dos processos de governança adotados no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS;

OE 6 - Propor para o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST/MS recomendações para subsidiar a elaboração de um procedimento de monitoramento dos seus processos de pesquisas.

2.6 Definição dos Conceitos de Convênio, TED e Carta Acordo

O Papel do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador - DSAST é de gerir, coordenar, implementar, fomentar, planejar e gerenciar as ações de saúde ambiental e do trabalhador, podendo transformar em políticas de acompanhamento e supervisão os resultados de suas pesquisas e estudos. Dezenas de pesquisas já passaram ou estão sendo desenvolvidas pelas duas Coordenações (Ambiental e do Trabalhador) do Departamento, por meio dos contratos de convênios, TED's e Cartas Acordo.

Os Convênios são todo e qualquer instrumento formal que discipline a transferência de recursos financeiros dos orçamentos da União para um órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou entidade filantrópica sem fins lucrativos. Já os Termos de Execução Descentralizada – TED são instrumentos por meio dos

quais é ajustada a descentralização de crédito entre órgãos e/ou entidades integrantes do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União para execução de ações; e a Carta Acordo é um instrumento legal que estabelece termos e condições para financiamento de um conjunto de atividade, de uma iniciativa à saúde, descritas em um projeto de cooperação técnica, acordados entre a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS/OMS e uma instituição beneficiária (fundações, instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos).

2.7 Sobre os Objetivos

Os objetos específicos foram trabalhados sob à luz da situação problema, em que se questiona se os mecanismos processuais de desenvolvimento das pesquisas no âmbito do DSAST são adequados e suficientes.

Para alcançar os objetivos 1 e 2 foram realizadas análise dos documentos oficiais, dos relatórios das pesquisas produzidos pelos parceiros e pelo DSAST, bem como dos procedimentos e das rotinas processuais, em observância aos objetos e aos planos de trabalho dos projetos, em que os documentos foram identificados quanto à relação e adequação ao objeto da dissertação.

O objetivo 3 visava comparar os procedimentos e as rotinas com as práticas de gestão processual dos projetos adotados no DSAST. Para tanto, foram aplicadas as técnicas de observação e de análise documental como forma de identificar a estrutura do Departamento, os processos e as diretrizes, as normas e os procedimentos operacionais, bem como os papéis e responsabilidades dos atores envolvidos.

A partir das informações extraídas dos documentos acerca dos processos de trabalho de pesquisa do DSAST, bem como dos sistemas de cadastros definidos no objetivo 4 foram analisados os processos de trabalho, planilhas eletrônicas, e-mails e outros artefatos quanto à sua conformidade e possíveis discrepâncias.

O objetivo 5 estava voltado a descrever as fortalezas e as ameaças dos processos de governança diante do campo teórico explorado: foram analisados os documentos, procedimentos, rotinas, a interação dos canais de comunicação, identificando os atores, os contextos e a forma como eles se relacionam. O intuito foi o de identificar os fatos, suas naturezas e examinar as dinâmicas dos projetos de pesquisa no DSAST, a fim de propor uma

plataforma informatizada de monitoramento e gestão que suportasse grande número de informação e pudesse ser integrado com diversos repositórios.

Com estas informações sistematizadas e analisadas foi possível ter um entendimento situacional do DSAST, o que permitiu propor recomendações para elaboração de um mecanismo de monitoramento. O que se busca com a recomendação é que de forma sustentável possa apresentar um mecanismo de monitoramento que represente a realidade técnica e administrativa do Departamento, tendo suas principais dúvidas respondidas pelas técnicas de investigação, de forma que se assegure sua funcionalidade e operacionalidade, isto é, tanto no campo da teoria como na prática.

O quadro síntese abaixo ajuda o entendimento dos passos do trabalho:

- 1) Identificar os atributos capazes de influenciar no desenvolvimento dos projetos de pesquisa em suas diferentes fases de desenvolvimento;
- 2) Criar painéis de controle que fossem capazes de medir o desempenho das atividades e de suas respectivas tarefas;
- 3) Elaboração de ferramenta capaz de integrar de forma sistêmica essa dinâmica, informatizada e integrada as atividades e as tarefas de cada um dos projetos no âmbito do DSAST, inclusive de acompanhamento de metas;
- 4) Construção de indicadores alinhados a missão institucional;
- 5) Apresentar as etapas de análise e aperfeiçoamento dos pré-projetos (protótipo), também chamado de proposta;
- 6) Descrição dos fluxos das contratações;
- 7) Enunciar as causas e os efeitos situacionais que elevam os riscos gerenciais, e seus efeitos sobre o desempenho processual e a entrega dos resultados dos projetos de pesquisa;
- 8) Análise dos aspectos técnicos-operacionais de suas rotinas e as dinâmicas dos fluxos processuais no âmbito do DSAST;
- 9) Análise do atingimento das metas estabelecidas; e
- 10) Apresentação de uma proposta de gerenciamento para o alcance dos resultados das pesquisas com o aprimoramento do monitoramento dos projetos de pesquisa no âmbito do DSAST.

2.8 Considerações Éticas

Para atingir os objetivos propostos serão aplicadas técnicas e métodos de investigação com a utilização de análise documental e observação, que por não envolver pesquisas com seres humanos não cabe submeter ao comitê de ética, mas mesmo assim serão respeitados os

princípios da autonomia da pessoa, da justiça, da beneficência, da não maleficência, da responsabilidade e da precaução.

Terão como critério de inclusão os projetos com maior grau de complexidade e que envolvem pesquisa de campo, o que traz maior desafio para os processos de gestão das pesquisas. Já por outro lado foram excluídos aqueles que iniciaram antes desse período e tem menor grau de complexidade.

Cabe ainda esclarecer, que esse estudo vai trazer benefícios diretos e indiretos como melhoria operacional e administrativa na gestão e no monitoramento das pesquisas, garantindo assim a entrega dos produtos e serviços à sociedade por meio dos resultados dos projetos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Governança: Gestão Pública

A palavra gestão envolve inúmeros conceitos e interpretações que pode variar de acordo com os aspectos que está inserida e, seja privado ou público, na esfera federal, estadual ou municipal, nos poderes executivo, judiciário ou legislativo, terá sempre a perspectiva de gerenciar uma ação com planejamento, organização, direção e controle.

Para Rhodes a governança (1996), “significa uma mudança no sentido de atividade governamental, referindo-se a novos processos de governos”, que estão alinhados a gestão, no sentido dos “novos métodos por meio dos quais a sociedade é governada”, visto que as condições situacionais são outras e muito mais complexas. (RHODES, 1996)

Offe (2009) aprofunda o conceito como associando a governança “ao aumento da capacidade de intervenção do Estado ao proporcionar a mobilização de atores não estatais na formulação e implementação de políticas públicas, contribuindo, assim, para maior eficiência e efetividade”, ou seja, são todos agentes válidos no processo de desenvolvimento de políticas públicas em relação a prática e ferramentas da governança. (OFFE, 2009)

O Termo governança foi cunhado em 1992 pelo Banco Mundial no âmbito das políticas de ajustes voltadas as tentativas de ampliação da eficiência dos Estados, em que a conceitua como “de boa ordem e disciplina na gestão dos recursos de um país”, no entanto, esse conceito varia de país para país pelo contexto cultural que está inserido acerca das características institucionais da gestão. Para o Banco quatro dimensões são importantes para conceituar governança no âmbito dos Estados: questões de capacidade e eficiência na gestão do setor público; prestação de contas; previsibilidade e estrutura legal para o desenvolvimento; e informação. (BANCO MUNDIAL, 1992)

Eli Diniz (1995), no caso brasileiro, discute este conceito no contexto das políticas de ajuste, aliada a ideia de governabilidade e processo democrático, em que governança “diz respeito à capacidade governativa no sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na implementação das políticas e na consecução das metas coletivas” e isso no sentido de “expandir e aperfeiçoar os meios de interlocução e de administração do jogo de interesse”. Seria a capacidade de coordenação e de cooperação que o Estado possui para comandar e para implementar políticas e assim diminuir o conflito de interesse ou pelo menos de administrá-lo de forma eficiente e em benefício “de um projeto coletivo”. (DINIZ, 1995)

Do ponto de vista legal a ideia de governança está ancorada na Constituição de 1988 no artigo 37 que trata dos princípios administrativos em que aplica o conceito de eficiência e, também, no artigo 70 que traz a noção de controle. Já nos anos de 1990, a proposta de Reforma do Estado trouxe para a agenda pública a discussão da governança e dos novos papéis na administração pública gerencial.

Na década de noventa, a gestão pública traz para o debate público a ideia de Reforma do Estado, onde partia da premissa de que para que um Estado funcione bem é necessário que além da governabilidade assegurada pelos apoios políticos, que ele também conte com ferramentas capazes de lhe assegurar a capacidade de governança (Pereira, 1997).

Nesse sentido a Reforma do Estado procurou trazer para a administração pública um enfoque vinculado não mais ao aspecto racional, mas também discricionário e emocional. Para tanto, considerava importante trazer novos papéis e formas de gestão para o Estado, que lhe possibilitasse lançar mão de ferramentas administrativas e recursos tecnológicos capazes de tornar a “administração pública mais moderna e eficiente, ganhando agilidade nos processos e focando nos resultados”, ou seja, não apenas no controle procedimental. (PEREIRA, 1997)

A participação da sociedade (civil, não-estatal e mercado), na visão de José Celso, a gestão pública é vista no contexto da Reforma do Estado como elemento importante para o controle da sociedade sobre a gestão pública, assegurado através do uso de ferramentas administrativas eficientes, eficazes e efetivas, que contribuam para a transparência e economicidade no uso dos recursos públicos. Seus defensores, vem a Reforma do Estado como a possibilidade da Administração Pública se repensar como provedora de serviços de interesse público e de se reinventar como máquina pública sustentável nas suas ações de respostas as demandas e necessidade em educação, saúde e segurança. (CARDOSO JR, 2011)

No entanto, esta não se constitui uma panaceia, nem suficiente para sozinha dar conta da difícil tarefa de administrar a máquina pública, dado seu alto grau de complexidade e tamanho. Desta forma, observa-se que apesar dos esforços realizados neste período para reformar o Estado Brasileiro, observa-se que permanece no Século XXI limitações de atuação no que diz respeito a aplicação da máquina pública e suas funções específicas.

Nesta perspectiva um desafio consiste em ampliar a noção de governança, não apenas com a intenção de se garantir o direito de propriedade e os contratos, mas principalmente, de dar “maior justiça social”, o que implica em assegurar a realização das atividades sociais, principalmente educação e saúde, bem como ser efetivo na organização da máquina pública e

da alocação dos recursos públicos, através da adoção de uma administração pública gerencial voltada às áreas de atuação específica do Estado. (CARDOSO JR, 2011)

O intuito neste caso é o de garantir o bem-estar social das pessoas oferecendo a elas serviços em educação (creches, colégios e universidades), em saúde (ambulatórios, hospitais e vigilância epidemiológica) e em segurança (policciamento, rapidez jurídica e combate aos crimes organizados).

Mais recentemente o Guia da Política de Governança Pública de 2018 entende que os modelos de gestão precisam ser sistematicamente aprimorados, pois apresentam fragilidades e desgastes, cabendo às instituições públicas se reinventarem a todo instante e construir ou reestruturar os modelos existentes, tornando-os adequados e suficientes para responder com eficiência os problemas sociais cotidianos, criando padrões de qualidade e de boas práticas processuais, assegurando dessa forma o cumprimento de suas missões institucionais. (BRASIL, 2016)

De acordo com o Guia citado acima a Administração Pública Federal do Poder Executivo tem o papel de implementar a governança e de se reinventar e inovar a todo instante, aprimorando suas ações de forma sustentável e assim garantir o interesse público agregando valor à sociedade. (BRASIL, 2016)

O manual do Tribunal de Contas da União de 2016 (6ª edição) criado para orientar o trato da coisa pública também expõe o procedimento processual sob o aspecto da eficiência e da eficácia, em constante movimento de retroalimentação, com compromissos claros e objetivos definidos, com a alocação de recursos (materiais, humanos) e transformando esses em ação para se chegar na produção de bens e serviços, ou seja, no resultado esperado. De acordo com o documento, cabe a gestão pública promover o aperfeiçoamento no sentido de difundir novas técnicas, instrumentos e práticas de gestão e de implementação de políticas, programas e ações governamentais, tudo isso com a finalidade de controle das ações dos programas e dos gastos públicos. (CARDOSO JR, 2011)

3.1.1 Gestão Pública e Planejamento

Neste contexto, a relação com o planejamento ganha novos contornos. Lilia Schraiber, em seu artigo “Planejamento, gestão e avaliação em saúde: indicando problemas”, ressalta que o gestor público se confronta com uma prática de grande complexidade, resultante dos novos

desafios. Não há dúvida de que esta transformação do planejamento e da administração em saúde muda constantemente e renova as problemáticas e as técnicas de organização, gestão e avaliação, as quais esse personagem (o gestor público):

“Aborda o próprio planejamento e a gestão como produção de um trabalho: o de organização e realização de um trabalho, com vista a racionalidade produtiva dos serviços em seus diversos fins.”
(SCHRAIBER, 1999)

Para a autora há uma tendência de as áreas/setores cada vez mais se desviarem da organização estrutural e da administração, rumando em direção às dinâmicas interativas dos indivíduos, com abordagem mais processual dando visibilidade à gerência como o lugar do desempenho em redes interativas.

O trabalho desenvolvido pelo DSAST de assegurar a produção e o desenvolvimento de projetos e pesquisas nas áreas de saúde, ciência e tecnologia, se coaduna com a perspectiva apontada pela autora de criar as condições para que as pesquisas possam alcançar seus resultados com efetividade e qualidade que a sociedade tanto precisa. (SCHRAIBER, 1999)

Se pensarmos a gestão na perspectiva indicada por Testa (1992) vinculada ao desenvolvimento de planos de ações no sentido de intervenções preventivas e corretivas e, ao planejamento como uma forma estratégia de conduzir o plano numa perspectiva futurista, que segundo o autor necessita do desenvolvimento de planos de longo, médio e curto prazo de forma a preparar as organizações para o imprevistos, além de envolver tanto o ambiente interno como o externo, que podem reagir de forma colaborativa ou não.

Segundo o autor, o plano de longo prazo é considerado estratégico, o de médio prazo, tático e o curto prazo, operacional. Na linha hierárquica, o estratégico, é de responsabilidade da alta administração e é onde se define os objetivos, metas, missões e visões. Por sua vez o tático, é desenvolvido pelo nível de comando abaixo da direção da organização e tem o papel de gerenciamento, ou seja, de prever como e onde desenvolver o plano que foi definido na instancia anterior. Por fim, o operacional, também conhecido como chão de fábrica, é responsável pelas atividades primárias e secundárias, que tem relação direta com o processamento das tarefas.

O tempo de duração dos planos pode variar de organização para organização, mas em média são de cinco anos para o estratégico, de três a dois anos para o tático e o operacional de um ano. Diante dessa linha de tempo se vê a necessidade de se implementar o monitoramento

de pontos de controle com medições de desempenho e de apuração do alcance dos objetivos e das metas, lembrando que os objetivos definem onde se pretende chegar e as metas a forma quantitativa de se apurar o quanto se atingiu nessa caminhada.

Para Altounian, Souza e Lapa (2017) o monitoramento é visto como ponto de controle. Na visão dos autores é ele que assegura o sucesso das ações/políticas/programas. Para eles este processo deve ser acompanhado através de indicadores de resultados, possibilitando que as entropias que irão ocorrer possam ser corrigidas e, o mais importante ainda, possa aplicar planos de ação preventivo e corretivo.

O processo de gestão no mecanismo público vem passando por transformações, trazendo muito do mundo corporativo privado com a visão de gerir com foco no resultado. A gestão e a governança caminham no mesmo sentido conceitual, em que ambas em linhas gerais atuam para superar conflitos, promover melhoria contínua e garantir o alcance dos resultados pactuados. Mesmo porque, todo processo sofre desgaste com o tempo seja por questões culturais ou por vários outros fatores ambientais e, nesse sentido, a governança surge conceitualmente como:

“...é possível associá-la a um conjunto de instrumentos que maximizem a probabilidade de o comportamento do agente ocorrer de acordo com os interesses do principal e que possibilitem a correção tempestiva dos problemas, nos casos em que isso não acontecer”. (ALTOUNIAN, SOUZA, LAPA, 2017”)

Os problemas são consequências dos desgastes e acabam provocando impactos nas instituições, sejam elas privadas ou públicas, que geram situações complexas que afetam de forma incisiva o contexto de atuação em que operam. Esses fatores de desgastes a literatura chama de entropia e ocorrem em geral nos fluxos processuais quase sempre relacionados a recursos humanos, financeiros, estrutura física e comunicação, que podem afetar diretamente na qualidade e na quantidade do serviço ofertado pelo Estado e se tratando de saúde, geram grande impacto à sociedade, daí a importância de se fazer gestão por resultado.

As reflexões realizadas acima apontam como o faz Cardoso Jr (2011) para destacar o vínculo entre planejamento e gestão e mostram sua importância para a questão da governança. Segundo o autor: “planejamento descolado da gestão corre o risco de tornar-se um conjunto de estudos, diagnóstico e proposições de objetivos sem eficácia instrumental, atividade incapaz de

mobilizar os recursos necessários de forma racional, na direção pretendida pelo plano”. (CARDOSO, 2011)

Por outro lado, de acordo com o autor, a gestão pública sem planejamento também não obterá os resultados efetivos no conjunto da ação estatal, nem promoverá um serviço de valor por meio das políticas públicas. Para ele a ampliação entre o planejamento e a gestão nas áreas governamentais tem crescido ao longo dos anos, levando ao que ele considera um conjunto de “boas práticas de gestão aplicadas ao setor público, como por exemplo: empreendedorismo, just in time, família ISO, reengenharia, qualidade total, downsizing, terceirização, automação, gestão de resultado, ênfase no cliente e muitas outras”. (IPEA, CARDOSO JR, 2011)

A gestão por resultado apesar de ter raiz na iniciativa privada e de ter sido até considerada modismo, foi forte tendência do mercado que teve nas escolas administrativas o embasamento das teorias sistêmica e de contingência. Observe que a citação extraída do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa – IBGC ilustra como sendo uma boa governança a que “...proporciona aos proprietários (acionistas ou cotistas) a gestão estratégica de sua empresa e a monitoração de sua direção executiva.” (www.ibgc.org.br)

Parece que a citação acima tem, aparentemente, exclusiva relação com o mecanismo privado, mas se trocar respectivamente acionistas e cotistas por Estado e sociedade conseguirá perceber que por analogia privado e público buscam a mesma coisa, que é o foco nos resultados com efetividade. Logo, o conceito aqui proposto de governança está centrado como gestão voltada para obtenção de resultados, que tem como objetivos “ajudar a fortalecer as organizações, reforçar competência, ampliar as bases estratégicas, auxiliar na harmonização de interesses e principalmente aumentar a confiança dos diversos atores, internos e externos, com relação à organização”. (ALTOUNIAN, SOUZA, LAPA, 2017)

Na gestão pública não é diferente a busca por resultados a fim de atender aos ensejos da sociedade, supri-la com bens e serviços, seja no âmbito da saúde ou da educação, por exemplo. O que deve ficar claro é que uma boa gestão é aquela que garante o alcance dos resultados à sociedade, visto que: “isso, no setor público, significa atender as demandas, aos interesses e às expectativas dos beneficiários, sejam cidadãos ou organizações, criando valor público”. A administração da coisa pública, em prol do desenvolvimento, da equidade e na universalização da criação de políticas em saúde pública capazes de responder às necessidades da sociedade, traz o conceito muito próximo dos de Coordenação e de Cooperação, que é de “...reconhecer a importância de um equilíbrio de forças e capacidades entre as esferas do

mercado, do Estado e do Terceiro setor”, remetendo a questão da complexidade das variáveis ambientais. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA, 2009)

É importante esclarecer que qualquer que seja o conceito de governança até aqui apresentado, nenhum deles tem a pretensão de tirar a ideia de Estado social e de direito, muito pelo contrário, a governança busca justamente assegurá-los e aqui será apresentado como: “governança pública proporciona condições inusitada de construção e fortalecimento do Estado democrático do século XXI, nas suas facetas de estado social, estado de direito e estado republicano”. (BRESSER, 2004)

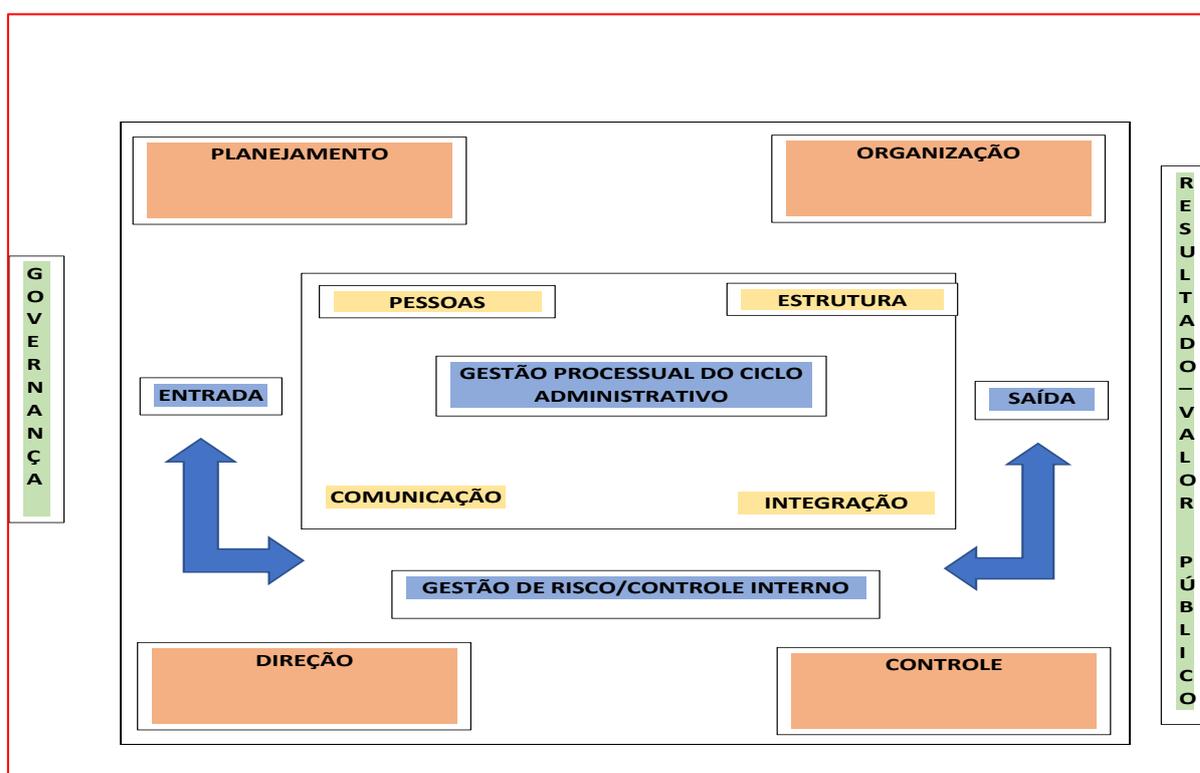
3.2 Gestão Processual

O ciclo administrativo é formado por um conjunto de atos e ações responsáveis implementadas através de mecanismos processuais. Para a compreensão deste ciclo é necessário entender seu funcionamento, fluxo e como estão desenhados e são desenvolvidos para cumprir a missão institucional e entregar os resultados esperados. No tópico anterior salientamos como os mecanismos de governança intervém no meio para alcançar estes objetivos.

Em seguida, exploraremos os quatro mecanismos pelos quais a gestão processual opera: a) Planejamento - responsável pelas ações de análise, avaliações e prospecções de cenários sob ambientes interno e externo, o que possibilita identificar pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades para a construção de estratégias; b) Organização – cuida da estrutura física, dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos, a fim de garantir a execução das atividades e tarefas do processo; c) Direção – mantém o sentido (caminho) planejado e a manutenção e continuidade das atividades e das tarefas processuais; d) Controle – é o responsável pelo acompanhamento e pelas medições das atividades e tarefas, através das metas e indicadores.

Para melhor compreensão do leitor sobre este processo, a figura abaixo sistematiza o ciclo administrativo.

Figura I: Ciclo Administrativo da gestão processual.



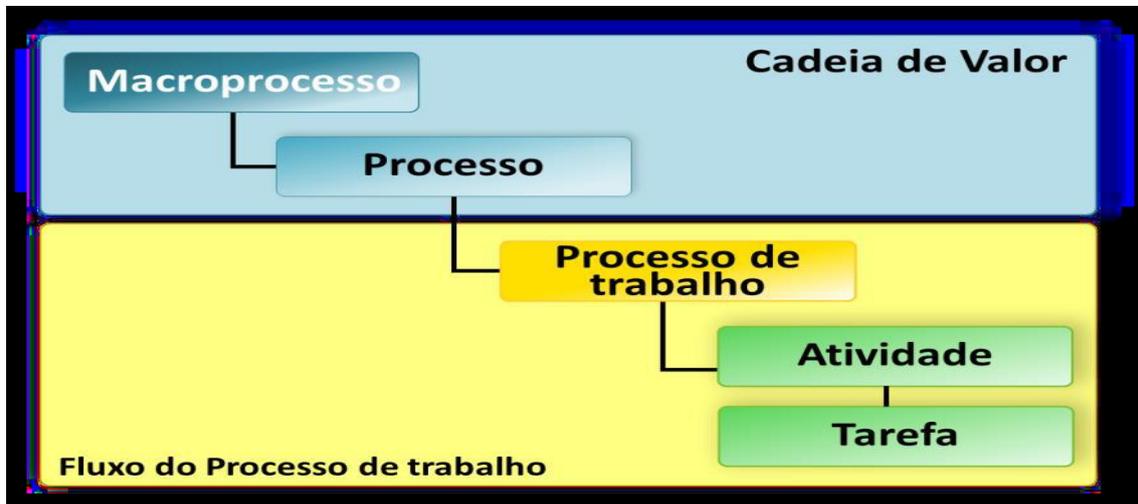
Fonte: elaboração própria.

É importante esclarecer que a gestão processual abordada aqui trata do gerenciamento das entradas, processamento e saída, em que a gestão de risco tem o papel de identificação dos pontos de controle e da aplicação dos planos corretivos e preventivos.

À frente esse funcionamento ficará mais evidente e prático, pois serão abordados os braços da gestão processual como o monitoramento de desempenho, a importância dos indicadores como ferramenta de medição e a gestão de risco como ponto necessário de controle e resposta aos entraves e lacunas.

Toda gestão opera em um fluxo processual por meio das suas atividades e tarefas que são desenvolvidas pelas rotinas operacionais e em uma primeira análise o modelo abaixo segue um padrão objetivo e oferece um entendimento simplificado.

Figura II: Ciclo processual simplificado.



Fonte: ENAP, 2018.

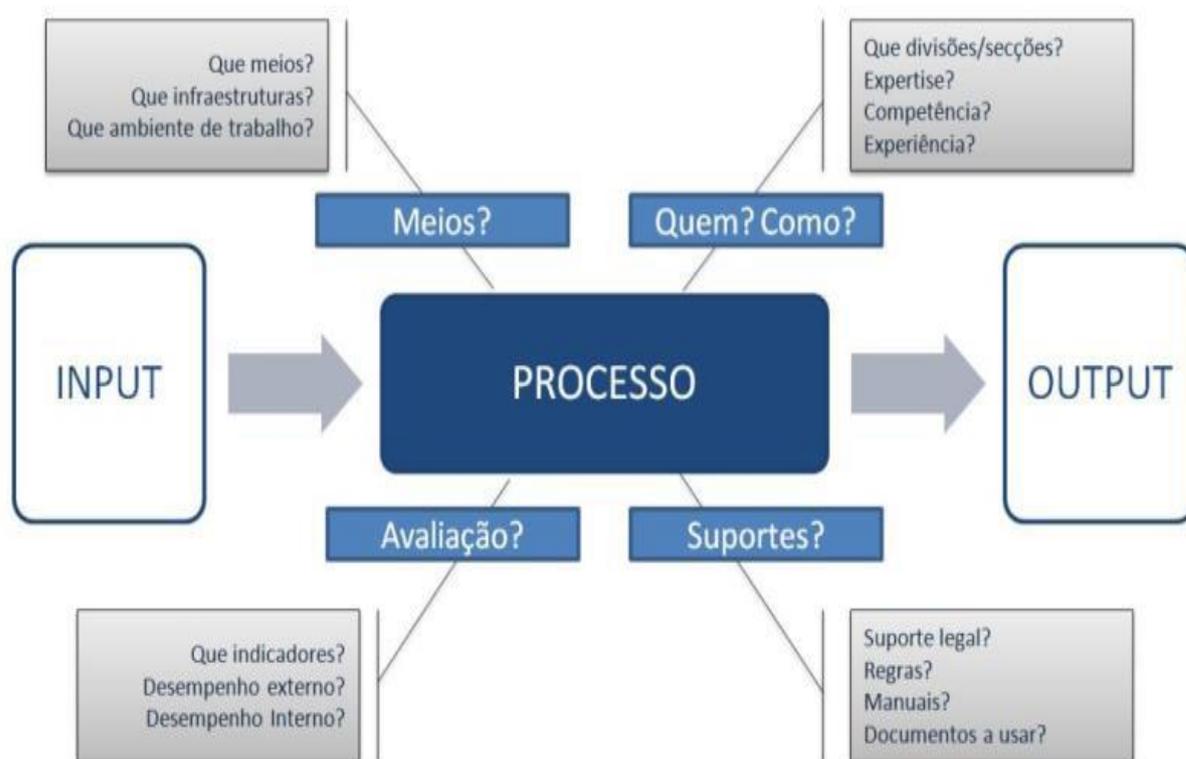
Nesse modelo o macroprocesso seria o centro de processamento com entradas, transformação e saída de um determina serviço ou produto, enquanto que o processo seriam as rotinas com as atividades e tarefas. Independente da estrutura processual a questão é que em todas as suas fases se faz necessário adotar mecanismos de monitoramento e avaliação, visto que os processos se desgastam e acabam apresentando entropias que precisam ser sanadas para garantir o atingimento das metas.

O processo administrativo opera em uma estrutura corporativa e institucional e suas atividades e tarefas se dão por meio do ciclo administrativo processual, sendo o seu gerenciamento orientado por tipos de trabalhos que são executados por pessoas com foco em qualidade, inovação e eficiência. É importante deixar claro que todas as organizações são motivadas por objetivos e metas, que alinhadas às missões definem o caminho a ser seguido e os resultados que devem ser apresentados. Sendo os princípios estratégicos adotados a base para formação dos processos e da estrutura organizacional.

Um processo é antes de tudo formado por entradas (*INPUT*), transformação e saídas (*OUTPUT*), seja para produção de bens ou de serviços. Para se retroalimentar o sistema cada uma destas etapas deve ser monitorada, de forma a que se possa aplicar as ações preventivas e corretivas, de modo a assegurar a missão organizacional, resultando em produtos e serviços. Para tanto, é necessário que este ciclo seja alimentado e processado com recursos financeiros, humanos e materiais, interagindo com o ambiente externo e se retroalimentando a todo instante

de informações quanto ao seu desempenho, conforme se observa na figura abaixo do ciclo administrativo processual.

Figura III: Visão horizontal do ciclo administrativo processual.



Fonte: ENAP, 2018.

Como já dito anteriormente a missão da organização deve resultar em bens e serviços a sociedade. No caso do Ministério da Saúde e suas Secretarias (Anexo IV), sua missão é organizar e elaborar ações em políticas públicas em saúde. No caso específico, da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, seu negócio é entregar em âmbito nacional ações de vigilância em prevenção de controle de doenças transmissíveis, de vigilância de fatores de riscos em saúde, de saúde ambiental e de saúde do trabalhador.

No entanto, para entender melhor o processo é necessário pensá-lo de forma integrada, ter as fronteiras de entrada e de saída bem definidas e, principalmente, a que se propõe em termos de resultados, ou seja, que objetivos se espera atingir. É preciso ter governança de todo ciclo processual e monitorar seu fluxo operacional para corrigir as entropias (os entraves e gargalos). Na figura abaixo pode se ter uma visão vertical da arquitetura processual e de seus subprocessos.

Figura IV: Visão vertical do ciclo administrativo processual.



Fonte: ENAP, 2018 (CBOK, 2013).

3.2.1 -Monitoramento do Desempenho Institucional

A atividade de gerir se beneficia da retroalimentação de processos para embasar suas decisões. Neste contexto, as atividades de monitoramento do desempenho institucional são estratégicas para assegurar o desenvolvimento das atividades no âmbito das instituições e os resultados alcançados. Consiste na coleta sistemática de informações sobre as atividades, as características e os resultados estabelecidos, a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões.

Cabe esclarecer que os dados e informações coletados no monitoramento avançam para uma possível intervenção (no sentido de um sistema organizado de ações), que visa em um determinado ambiente e período modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática. Dessa forma, o monitoramento precisa ser tangível e previsível, para que possa contribuir para implementação das reformas propostas no sistema de cuidados. (BROUSSELLE, 2011)

As pessoas ligadas diretamente ao processo de análise e monitoramento estão mais apropriadas da situação da organização e dessa forma podem contribuir com a melhoria dos processos e, principalmente, segundo as diretrizes da *Joint Commitee on Standards for Education Evaluation* (1999), devem estar atentos a todas as situações ambientais. De certo, fatores acerca do ambiente o tornam extremamente complexo e não se pode aceitar respostas reducionistas quando se há algo a avaliar, daí a importância de se intervir. Para os autores Becker e Cols (2014), quanto ao resultado da intervenção, “esse tipo de abordagem favorece a capacidade de gerar novas aprendizagem”, em que a ideia deles é de aproveitar as pessoas acerca do cotidiano das organizações, que vivenciam os problemas. Já para Scriven (1991) a ideia principal do monitoramento “é o processo de determinação do valor das coisas” entre todos os atores com a pactuação dos critérios previamente definidos, pois assim, na visão do autor evita-se o princípio do “*goal free valuation*”, ou seja, evita-se que cada ator defina seus próprios critérios. (BROUSSELLE, 2011)

Cardoso Jr (2011) define monitoramento como uma “atividade que diz respeito ao acompanhamento”, que em conjunto com outros agentes medem a execução de suas políticas. Todavia, o monitoramento depende de um conjunto de atividades e processos contínuos de coleta e análise de informações, tal que possibilite comparar o quanto um projeto, um programa ou uma política estão atendendo aos seus propósitos e objetivos sociais de interesses públicos. Ante ao exposto, a avaliação na visão de Cardoso Jr (2011) tem relação direta com o monitoramento do ciclo processual, que controla a realização das atividades como as entregas dos produtos e dos serviços públicos, conferindo e medindo os impactos, o que o autor chama de “sustentabilidade de determinada ação”. (CARDOSO JR, 2011)

Os Órgãos de controle, em especial o Tribunal de Contas da União-TCU, tem fomentado essa nova visão e implementado em suas práticas de auditorias, adotando mudanças em suas técnicas de revisão e controle governamental por resultado, justamente, por entender que essa forma melhora o desempenho da Administração Pública. É importante que essa visão por resultado seja conduzida por mecanismos de monitoramento e de avaliação e, principalmente, seja estruturada por grupos de indicadores de desempenho. A literatura é vasta para a questão conceitual de avaliação e do monitoramento, no entanto, “não existem modelos de avaliação perfeito em termos de escopo, metodologia e *timing*. É impossível (e inviável) avaliar tudo, sem limitações e nos tempos certos. (MARINI e FALCÃO, 2012)

Isso porque tempo, escopo e pessoas tem um custo, quase sempre alto, além do mais há a questão sistêmica e comportamental que modificam hábitos e costumes. Outro fator relevante é que quando se escolhe avaliar alguma coisa tem que sempre primar por promover por “melhorias em bases sustentáveis”. Dessa forma, é preciso adentrar nesse conceito junto com o de monitoramento, que aqui assumirá o sentido de ser um agir contínuo em busca de informações sobre o desempenho quanto ao resultado pactuado. (MARINE e FALCÃO, 2012)

O Instituto *Public* define que se deve alcançar os atributos de performance como:

- 1- Seletividade;
- 2- Coerência;
- 3- Integração;
- 4- Simplicidade e adequação instrumental;
- 5- Qualidade;
- 6- Consumo e apropriação;
- 7- Confiabilidade;
- 8- Legitimidade;
- 9- Contestabilidade

No que diz respeito a construção de um processo avaliativo, o fato é que não se trata de uma tarefa fácil e um modelo não pode ser simplesmente replicado à qualquer situação, visto que há questões de limitações, cenários opostos, especificidade ambientais não análogas e posturas culturais adversas e sempre aparecerão obstáculos quando se tentar implementar ou mudar um fluxo avaliativo, como por exemplo:

- a) Insistência em não medir por entender que não existe nada a se medir, acredita ser impossível medir, não pode se beneficiar dos resultados da medição;
- b) Visão distorcida para mais ou para menos do que se estar medindo, ignorar o fato de que a medida depende de como se mede;
- c) Misturar diferentes elementos, uso de grande número de medidas sem necessidade, decisão isolada do que medir, imediatismo do que se mede, ilusão equivocada do que se pretende medir, desvio de finalidade na medição. (MARINI, 2012, pag. 51)

É importante lembrar que o segredo está na construção de indicadores, que devem trazer segurança e confiabilidade à medição, para isso eles devem ser quantitativos e

qualitativos. Apesar de saber que o processo de mensuração não é tarefa fácil e que não existe um formato único e perfeito, o processo implica em “gerenciar restrições de mensurações” para se fazer uma boa medição. O cuidado que se tem que ter é com uma “cesta combinada e balanceada de indicadores”, para que se atribua os valores que se almeja no objeto de aferição e, principalmente, assegurar que estejam alinhados aos objetivos e metas estabelecidos. (MARINI e FALCÃO, 2012)

3.2.1.1 Indicadores como Ferramenta de Medição

A ideia de construir uma metodologia de medição capaz de gerar informações quanto ao desempenho dos processos e de forma sistêmica, ou seja, sequencial e rotineira, correlaciona o método de medição aos 6E’s – eficiência, eficácia, efetividade, economicidade, execução e excelência. Sendo eles metaindicadores que a Administração Pública tem utilizado para todos os seus Órgãos e Entes, a fim de que como macros medidores garantam o alcance dos objetivos e das metas institucionais. Os 6E’s são divididos em dois grupos, sendo o primeiro de esforço e o segundo de resultados, conforme se observa no quadro abaixo. (BRASIL, 2009)

Quadro I – Indicadores de desempenho aplicado na Administração Pública.

6E’s – INDICADORES DE DESEMPENHO	
RESULTADO	ESFORÇO
EFICIÊNCIA	ECONOMICIDADE
EFICÁCIA	EXECUÇÃO
EFETIVIDADE	EXCELÊNCIA

Fonte: (MARINI, 2012).

Esses indicadores devem ser capazes de associar a estratégia de atuação da Instituição quanto à mensuração do seu desempenho, em relação a organização no sentido de cadeia de valor, “no qual o desempenho é um somatório de esforços empreendido para resultados alcançados, que devem ser medidos por indicadores correspondentes. Ainda afirmam Marine e Falcão que “A cadeia de valor e os 6E’s de desempenho possuem dimensões que compõem suas categorias básicas de indicadores, a saber:

- a) Efetividade – impacto gerado pelos produtos e/ou serviços – vinculado à satisfação e ao valor agregado;

- b) Eficácia – quantidade e qualidade dos produtos e/ou serviços – vinculado ao benefício entregue;
- c) Eficiência – tempo de geração dos produtos e/ou serviços – vinculado ao custo da produtividade;
- d) Execução – fluxo processual da entrega dos produtos e/ou serviços – vinculado aos projetos e planos de ações estabelecidos;
- e) Excelência – conformidade e retroalimentação do processo de transformação dos produtos e/ou serviços – vinculado aos critérios e padrões aceitáveis;
- f) Economicidade – parcimônia do uso dos recursos no processamento dos produtos e/ou serviços – vinculado à aplicação adequada dos recursos financeiros e estruturais. (MARINI e FALCÃO, 2012, pag. 57 e 58)

O Tribunal de contas da União-TCU, Órgão de controle da União, adota o que chama de “ANOP – Auditoria de Natureza Operacional”, que relaciona às dimensões econômicas, eficiência, eficácia e efetividade ao desempenho e a seleção dos indicadores voltados para o resultado. (BRASIL, 2010)

O conceito de indicador tem relação com o ato de medir, mas que só tem resultados positivos quando é cercado de cuidados, entre eles o de estar vinculado a missão da instituição

Marini (2008) define sob o contexto de estar:

“Implicitamente relacionada com os conceitos dos 3E’s, sendo quatro explicitamente: o da contratualização de resultados, o da melhoria da eficiência operacional, o da reinvenção do controle e o do comprometimento das pessoas.” (MARINI, 2008)

Observa-se que esses quatro pontos são imprescindíveis para se construir uma matriz de medição, sendo inclusive necessário que sejam sistemáticos, objetivos (claros) e com foco no resultado, além de ser algo concreto e não perecível e solúvel na medição, porque “...a fase da avaliação é indispensável para o desenvolvimento de ação pública.” (FREY, 2000)

A questão é que:

“todo monitoramento e avaliação baseia-se em indicadores que auxiliam na tomada de decisão, permitindo um melhor desempenho, a formulação de um orçamento mais claro e objetivo.” (LE MOS, 2009)

Os indicadores de eficácia, eficiência e efetividade (também chamados de 3E's) medem o esforço que a organização está desempenhando e precisam estar organizados em “três metodologia básicas: a) avaliação de metas (eficácia); b) avaliação de impacto (efetividade); c) avaliação de processos (eficiência).” Entretanto, os tempos são outros, em que se está em jogo o interesse público, princípio indisponível no contexto da administração pública, logo, o modo como são geridos os recursos humano, financeiro e estrutural, requerem monitoramento e avaliações da performance da instituição na execução de sua missão, objetivos e metas. (SULBRANDT, 1993)

3.2.2 Gestão de Risco

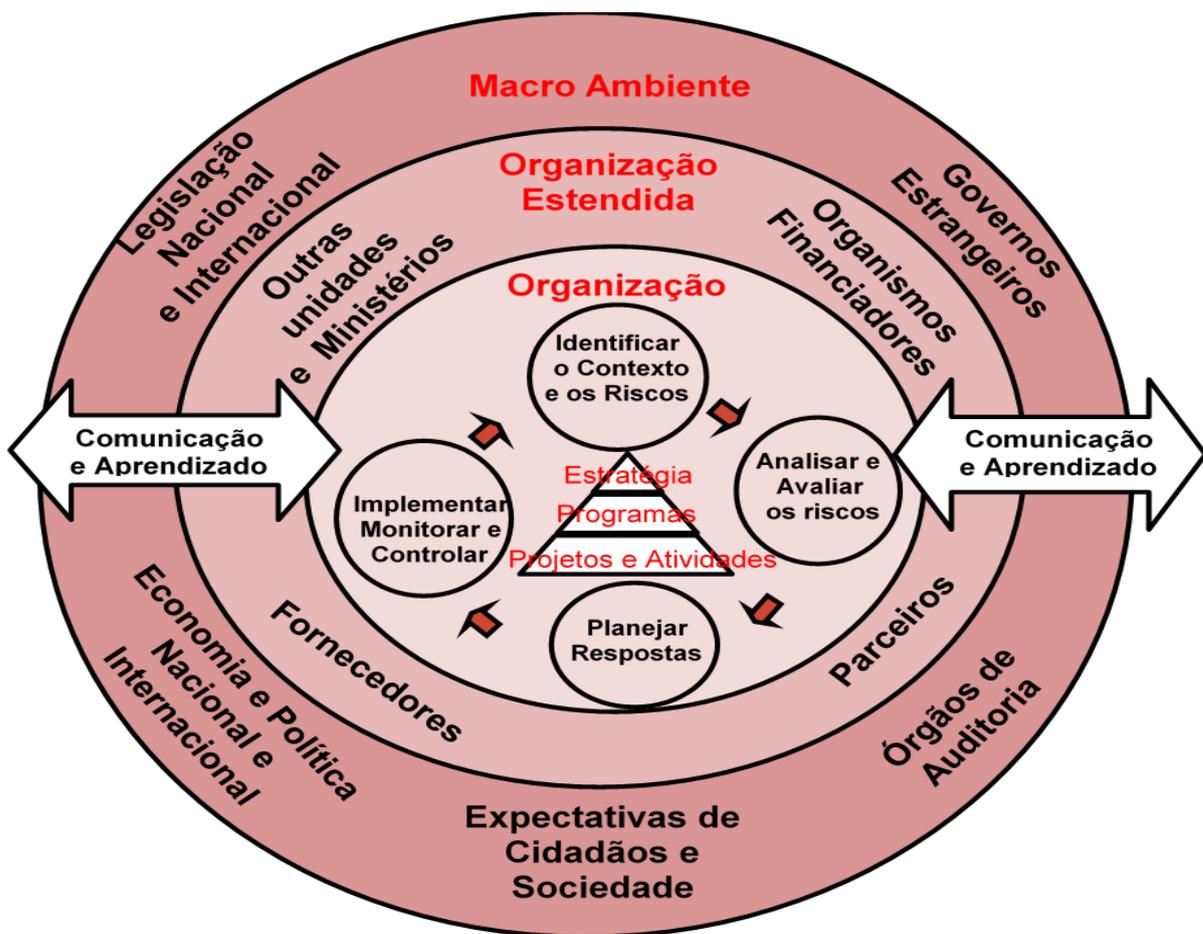
Conceitualmente fazer a gestão de riscos seria dar o tratamento adequado a determinados eventos e salvaguardar a efetividade, eficiência e eficácia dos resultados esperados, em outras palavras a gestão de risco, cria e protege o valor que se pretende agregar aos serviços, melhora significativamente a performance, aumenta significativamente a probabilidade de alcance dos objetos, define melhor a alocação dos recursos e, promove a governança. Por sua vez, o conceito de controle contempla também um conjunto de regras, procedimentos, diretrizes, protocolos, rotinas de sistemas informatizados, conferências e trâmites de documentos e informações, todos operacionalizados de forma integrada e destinados a enfrentar os riscos e fornecer segurança razoável de que os objetivos serão alcançados.

Todavia, é necessário a criação de uma política de gestão de risco com todas essas características e, principalmente, essa política precisa especificar os princípios e objetivos organizacionais, as diretrizes que definam como a gestão de riscos integrará ao planejamento estratégico, aos processos e às políticas da organização; como e com qual periodicidade serão identificados, avaliados, tratados e monitorados os riscos; como será medido o desempenho da gestão de riscos; como serão integradas as instâncias do órgão ou entidade responsável pela gestão de riscos; a utilização de metodologias e ferramentas para o apoio à gestão de riscos; e o desenvolvimento contínuo dos agentes públicos em gestão de riscos. (APOSTILA CGU, GESTÃO DE RISCO, 2018)

De certo o método e implementação da gestão de risco ratifica que as atividades, planos e as ações devem ser conduzidas de forma objetiva e com sinergia e de “agentes públicos projetados para fornecer segurança razoável para a consecução dos objetivos institucionais”. É

necessário considerar que a implementação do método de gestão de risco precisa ser de forma proporcional para que os custos não sejam contrassenso aos benefícios, aproveitando muito do que as instituições já dispõem em suas estruturas organizacional como pessoas, infraestrutura, tecnologia e processos, de forma contínua e sistêmica. A figura abaixo mostra como esse mecanismo funciona no dia a dia da instituição e dá uma visão das três camadas em que opera a gestão de risco. (Portaria N° 1.822/2017, POLÍTICA DE GESTÃO DE INTEGRIDADE)

Figura V: Os quatro elementos inter-relacionados.



Fonte: Gespública, 2013.

Percebe-se que, a gestão de risco exige após a sua implementação um período de maturidade comportamental quanto ao nivelamento organizacional na prática das seguintes atividades essenciais para sua operacionalização:

- Planejar e organizar;
- Adquirir e implementar ações corretivas e preventivas;
- Entregar e suportar os processos internos; e
- Monitorar e avaliar respectivamente os processos e os resultados esperados.

Essa dinâmica funciona como um medidor, em que se dá foco nos resultados de forma consistente e mensurável, dentro de um determinado período. Todavia, até chegar nesse ponto é necessário mapear os processos internos e explorar o potencial criativo dos participantes na construção dos mecanismos de controle. Diante dessa necessidade de se fazer gestão pública e de monitorar os processos o Decreto 9.203/2017, de governança se torna um marco na Administração Pública Federal, em que impõe a todos do Poder Executivo da União, seja autárquica ou fundacional, órgãos ou Departamentos, a construção de políticas de gestão de risco, conceituando-a como sendo:

“IV – gestão de risco – processo de natureza contínua permanente, estabelecido, direcionado e monitorado pela alta administração, que contempla as atividades de identificar, avaliar e gerenciar potenciais eventos que possam afetar a organização, destinado a fornecer segurança razoável quando à realização de seus objetivos.” (INCISO IV, ART. 2º, DECRETO 9.203/2017)

O Art. 6º o Decreto enfatiza que a alta administração é responsável em implementar e manter mecanismos, instâncias e práticas de governança em consonância com os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Decreto, ou seja, deverão definir forma de acompanhamento de resultados, soluções para melhoria e promover processos decisórios. Os seis princípios do Decreto, constante no Art. 3º, estão em sintonia com os objetivos específicos da dissertação e reafirmam a necessidade de se desenvolver mecanismos de controle, visto que esses princípios abordam a necessidade de capacidade de resposta, integridade, confiabilidade, melhoria regulatória, prestação de contas, responsabilidade e transparência. (INCISO IV, ART. 2º, DECRETO 9.203/2017)

Um ponto importante do Decreto são os mecanismos para o exercício da governança pública quanto à questão da liderança, da estratégica e do controle. Esses três pontos acabam associados com o exposto até aqui e precisam ser colocados em prática no sentido de que: a) liderança envolve práticas comportamentais como integridade, competência, responsabilidade e motivação; b) estratégia compreende as diretrizes, objetivos, planos e ações, priorização e alinhamento estratégico; e c) controle busca corrigir, prevenir ou mitigar os riscos. Esse tripé, liderança, estratégia e controle são razões de uma “boa governança”, para que “alcancem o resultado pretendido” com “vista ao alcance dos objetivos institucionais”, em que gerir os riscos

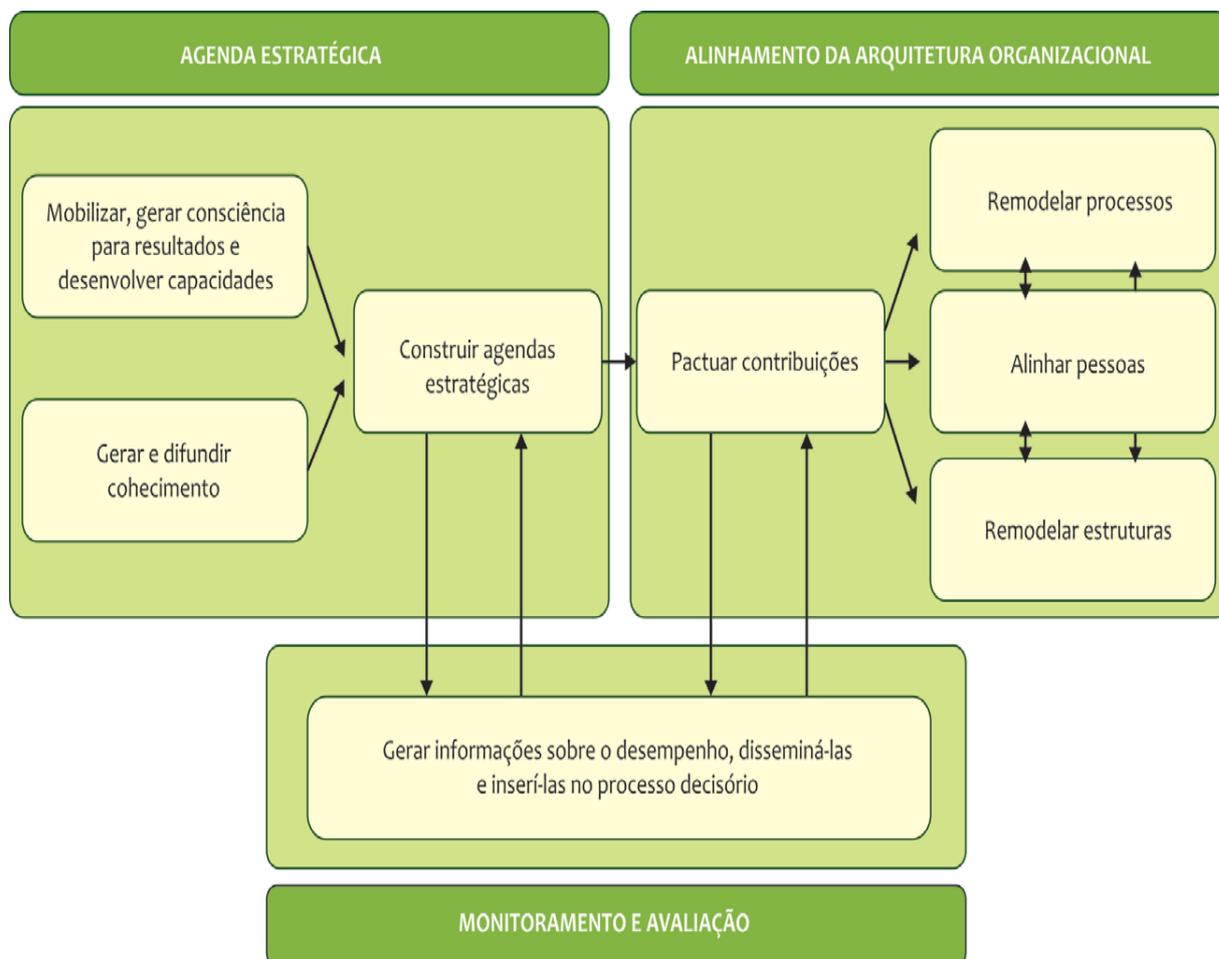
é mais do que uma necessidade, é uma questão de foco no resultado. (INCISO IV, ART. 2º, DECRETO 9.203/2017)

O Decreto define ainda a criação de um comitê institucionalizado pela alta administração, da criação de políticas de gestão de riscos, da definição de competências e do papel de cada um dos atores no âmbito da Administração Pública Federal. Outro dispositivo de gestão de risco instituído no âmbito do Poder Executivo Federal é a IN de Gestão de Risco nº 1 conjunta com o Ministério do Planejamento e a CGU, em que na sua Seção II – Dos Objetivos da gestão de Risco, determina que os mecanismos de controle dos processos internos devem busca:

- I. Assegurar que os responsáveis pela tomada de decisão, em todos os níveis do órgão ou entidade, tenham acesso tempestivo a informações suficientes quanto aos riscos aos quais exposta a organização, inclusive para determinar questões relativas à delegação, se for o caso;
- II. Aumentar a probabilidade de alcance dos objetivos da organização, reduzindo os riscos a níveis aceitáveis; e
- III. Agregar valor à organização por meio da melhoria dos processos de tomada de decisão e do tratamento adequado dos riscos e dos impactos negativos decorrentes de sua materialização. (INCISO I a III, ART. 15, IN MP/CGU N° 1, 2016)

Basta também observar o Inciso V, do Art. 10, da mesma Instrução Normativa nº 1, nos objetivos dos controles internos, em que a Administração Pública Federal deve buscar: “salvaguardar e proteger bens, ativos e recursos públicos contra desperdício, perda, mau uso, dano, utilização não autorizada ou apropriação indevida”, em que uma vez salvaguardado esses pontos, de certo a Administração Pública Federal atingirá seus objetivos missionários. Observa-se que a Instrução Normativa nº 1 e o referencial teórico esclareceram a importância de se utilizar as ferramentas administrativas de gestão com a construção de indicadores capazes de medir o desempenho e a qualidade dos produtos e serviços gerados pelos órgãos e instituições. Os projetos de pesquisa compõem o cardápio de agendas do Ministério da Saúde, que são modelados pela estrutura orgânica de suas Secretarias e a informação gera resultados capazes de apoiar as tomadas de decisão na escolha de políticas públicas de saúde e de aperfeiçoar as existentes. A figura abaixo, Gestão Matricial de Resultados, mostra a dinâmica dos três blocos e o alinhamento da agenda, da arquitetura organizacional e do monitoramento e avaliação.

Figura VI: Metodologia de implementação da Gestão Matricial de Resultados.



Fonte: Brasil, 2009.

Cada Secretaria dentro do Ministério deveria manter um sistema de registros, monitoramento, avaliação e repositório dos produtos gerados pelas pesquisas, porém, os últimos relatórios de auditorias da Controladoria Geral da União não identificaram mecanismos de planejamento, integração e monitoramento dos processos de contratações e aquisições no âmbito do Ministério da Saúde e inclusive recomendam a imediata implementação desses mecanismos.

3.2.2.1 Técnicas de Gestão de Risco

A questão principal no mapeamento de processo é que no caso da gestão de risco o que se procura são os seus propensos fatores, daí a importância de explorar ao máximo a criatividade das pessoas, mas dentro de uma lógica aceitável, a fim de se chegar a esses fatores com segurança e qualidade de conteúdo, conforme o modelo no quadro abaixo.

Quadro II: Fatores de risco e as respectivas fragilidades.

Fator de Risco	Fragilidades
Pessoa	Baixa capacitação, desmotivada, estressada, negligente, corrupta, etc.
Processo	Ineficiente, mal estruturado, redundante, imaturo, etc.
Sistema	Obsoleto, incompatível, sem documentação, baixa segurança, etc.
Tecnologia	Ultrapassada, alto custo, baixa acessibilidade, alta complexidade, etc.
Infraestrutura	Inadequada, Inacessível, Ineficiente, Precária, etc.
Evento Externo	Desastre Ambiental, Crise Econômica, Influência Política, etc.

Fonte: Apostila da CGU do curso de Gestão de Risco.

Esses fatores são de riscos, porque apresentam fragilidade e podem provocar consequência negativa à organização como perda financeira, danos à imagem da instituição e à integridade das pessoas. No entanto, a tarefa de se avaliar risco não é simples e envolve análise de cenários quanto à probabilidade versus o impacto que vai provocar à organização. Existem técnicas de mapeamento de processo, mas não cabe no propósito do trabalho em questão aprofundar sobre essas técnicas, todavia, dois aspectos como variável ambiental são necessários para se analisar, são eles: o quantitativo e o qualitativo.

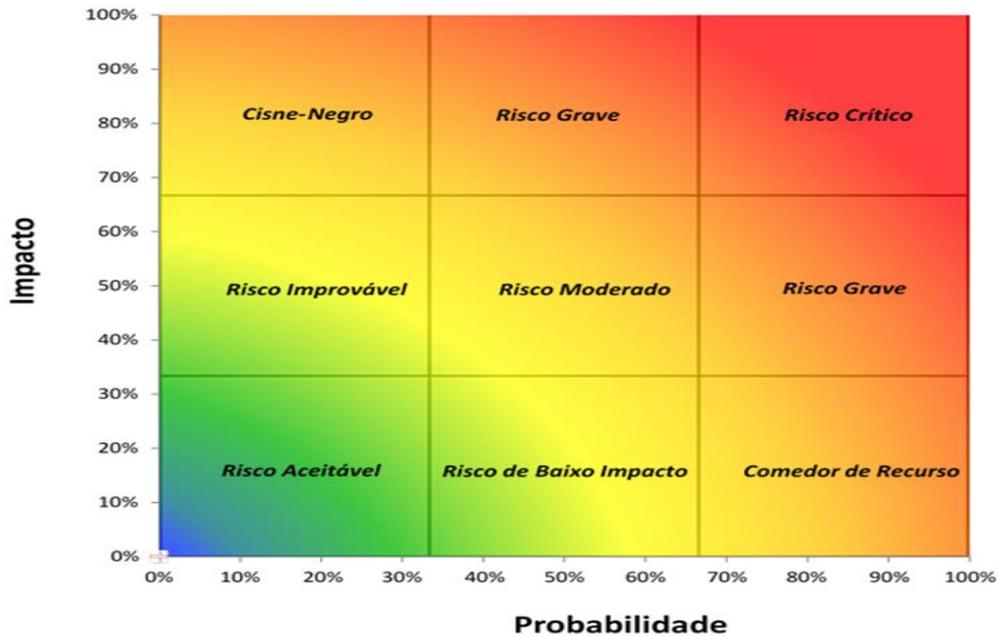
Quadro III: Comparação e análise quantitativa e qualitativa para mensuração do risco.

Comparação entre as técnicas de mensuração do risco		
Técnica	Vantagens	Desvantagens
Qualitativa	<ul style="list-style-type: none"> • É relativamente rápida e fácil • É de fácil compreensão não necessitando de treinamento em técnicas sofisticadas de análise quantitativa. • É fácil de se extrapolar para avaliações que não se restrinjam apenas a impacto financeiro e probabilidade, tais como vulnerabilidade, velocidade e persistência do impacto, impacto não-financeiro, segurança, reputação, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Provê uma diferenciação limitada entre os níveis de risco (exemplo: muito alto, alto, médio e baixo). • É impreciso - eventos de risco que apareçam dentro do mesmo nível de risco podem apresentar diferenças consideráveis no valor de seus critérios. • Apresenta limitação quanto à análise de custo-benefício.
Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Permite uma agregação numérica levando em consideração as interações dos riscos. • Permite uma análise de custo benefício na escolha das respostas ao risco. • Permite que a alocação do capital para as atividades do negócio sejam baseadas no risco visando um retorno ideal. • Permite computar quando o requerimento de capital para manter a solvência da organização em condições extremas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente consome muito tempo e recurso, em especial na construção do modelo de avaliação. • A utilização de escalas precisas pode implicar numa precisão maior do que a realidade devido as incertezas dos valores de entrada. • Presunções podem não ficar claras. • A necessidade de escolha de medidas como dolar ou frequencia anual podem resultar em impactos qualitativos serem negligenciados.

Fonte: COSO, 2012.

No entendimento da Controladoria Geral da União-CGU, a aplicação das duas técnicas, a quantitativa e a qualitativa, devem ser avaliadas sob o aspecto contextual da organização e quanto ao seu negócio e, conforme modelo abaixo da CGU, as escalas são customizadas pelo tamanho, complexidade e, principalmente, pela cultura da organização, que aqui pode significar o seu apetite pelo risco.

Figura VII: Análise do impacto quanto à probabilidade do risco.



Fonte: CGU/SFC/CGFAZ, 2014.

A metodologia apresentada acima é chamada de “Cisne-Negro”, que:

“é considerado pela literatura como evento raro, que deve cumprir três condições para obter essa classificação: imprevisibilidade, pois no campo das expectativas, nada no passado indicava a possibilidade da sua ocorrência; forte impacto e consequências econômicas, pessoais e sociais imprevisíveis; e, apesar da imprevisibilidade, quando analisados retrospectivamente, tem-se a impressão de que sua ocorrência era evidente e de que poderiam ter sido racionalmente avaliados ou previstos.”(BRASIL, 2018)

O diagrama apresentado acima considera o impacto e a probabilidade do risco se confirmar, sendo o azul risco razoável e os vermelhos críticos, ou seja, de alto impacto para a organização. A indicação do diagrama coloca à disposição dos gestores informações para que sejam tomadas as decisões, que podem ser do tipo:

- Aceitar o risco – encontra-se em uma zona confortável;
- Mitigar o risco – encontra-se em uma zona de ameaça;
- Compartilhar o risco – forte ameaça, mas que precisa ser compartilhado devido a sua magnitude financeira, abrangência, fronteira, como um tsunami; e
- Evitar o risco – encontra-se em uma zona crítica (alto impacto e probabilidade).

(APOSTILA DO CURSO DE GESTÃO DE RISCO, CGU)

Porém, a escolha por uma das respostas ao risco depende do apetite, que varia de organização para organização, no entanto na esfera pública governamental que se vale de recursos públicos, não pode por força de leis fiscais ocasionar danos ao erário, muito menos comprometer o interesse público. Entretanto, a gestão de risco não é um processo fácil de se implementar e pode não encontrar a participação dos colaboradores da instituição, daí a necessidade de uma Política de Integridade com força normativa de Portaria, que no caso do Ministério da Saúde teve a sua publicada em julho de 2017, ou seja, observa-se inclusive que é relativamente nova.

A Portaria nº 1.822, de 20 de julho de 2017 – Institui a política de gestão de risco no âmbito do Ministério da Saúde, que vem também em resposta à Instrução Normativa conjunta MP/CGU nº 1, que determina a implementação de mecanismos de gestão de integridade, de riscos e de controles internos, por meio de uma política. A questão principal dessa Portaria é a mesma de todos os demais dispositivos normativos que já foram aqui explorados, ou seja, “fornecer maior garantia para o alcance dos objetivos institucionais” e esclarece ainda no seu Art. 1º que:

“Esta Portaria institui a Política de Gestão de Integridade, riscos e Controles Internos da Gestão – PGIRC no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de estabelecer os conceitos, princípios, diretrizes e responsabilidades mínimas a serem observados e seguidos para a gestão de integridade, de riscos e de controles internos aos planos estratégicos, programas, projetos e processos de trabalho do Ministério da Saúde.” (PORTARIA Nº 1.822, 2017)

A última parte da citação, em que fala de “processos de trabalho” é, justamente, a forma pela qual se operacionalizam os planos, programas e projetos. Os Incisos V e VIII, do Art. 3º, que trata dos princípios e objetivos, define essa forma como processos que devem ser tratados sistematicamente, de forma estruturada, oportuna e subordinada ao interesse público, com informações integradas e disponibilizadas com transparência. Os resultados gerados pela gestão de integridade, riscos e dos controles internos da gestão na tomada de decisão e na melhoria contínua dos processos organizacionais tem o objetivo de “suportar a missão, a continuidade e a sustentabilidade das ações institucionais, pela garantia razoável de atingimento dos objetivos institucionais”. Percebe-se que, todos os normativos referentes a gestão pública, bem como os arcabouços teóricos até aqui pesquisados, são unânimes quanto à importância do

monitoramento dos processos no que tange a medição de indicadores. (PORTARIA Nº 1.822, 2017)

E é justamente o que a Portaria em questão explora, a utilização de procedimentos de controles internos na medição do desempenho da gestão aplicando atributos como conhecimento, avaliação, tratamento e monitoramento dos riscos definidos pelas instâncias supervisoras. A questão do risco envolve amplos conceitos e complexo entendimento teórico, por esse motivo para situar o leitor no contexto da dissertação que tem foco no monitoramento se faz necessário conhecer o Relatório do Tribunal de Contas da União - TCU quanto à perspectiva do risco relacionada a fontes de poder dos Órgãos da Administração Pública Federal, quanto à vulnerabilidade a fraudes e a corrupções. Esse trabalho do Tribunal de Contas da União é de dezembro de 2018, ou seja, recente e é excepcional sob o ponto de vista técnico e informativo, pois buscou de forma clara e objetiva levantar e estimar em que medida os órgãos da Administração Pública Federal-APF estão, ou se mostram, expostos aos riscos de fraude e de corrupção sob três perspectivas de poder: o econômico, o de regulação e de mecanismos de controle.

3.2.3 - Mecanismos de controle na gestão processual

A construção e mecanismos de controle como forma de mitigar os riscos e evitar práticas nocivas tem sido alvo de discussões do aperfeiçoamento do papel do Estado brasileiro nas últimas décadas.

Neste estudo, tomamos como ponto de partida para entender estes mecanismos a auditoria realizada pelo governo federal, através do Tribunal de Contas da União, em 287 instituições do Poder Executivo, para a qual utilizou parâmetros hard (voltado para as regras) e soft (direcionados a valores na instituição), visando identificar aqueles que aumentam as práticas nocivas e aqueles que as mitigam.

O volume de recursos financeiros que a instituição tem a sua disposição para contratação de bens e serviços e/ou para realizar repasses a outras instituições ou entes federados (estados e municípios e Distrito Federal) foi destacado como um elemento importante na ampliação do risco negativo, ou seja, a possibilidade da existência de casos de fraude e/ou corrupção. (ACORDÃO Nº 26/2018, PLENÁRIO, TCU)

No Relatório, destacam que por montante financeiro foram considerados os valores líquidos alocados nas instituições e empresas estatais no período 2015-2017, bem como a projeção para 2018. Estes dados foram retirados do Orçamento Geral da União-OGU e do Plano de Dispendio Global- PDG, no caso das empresas estatais federais, no período.

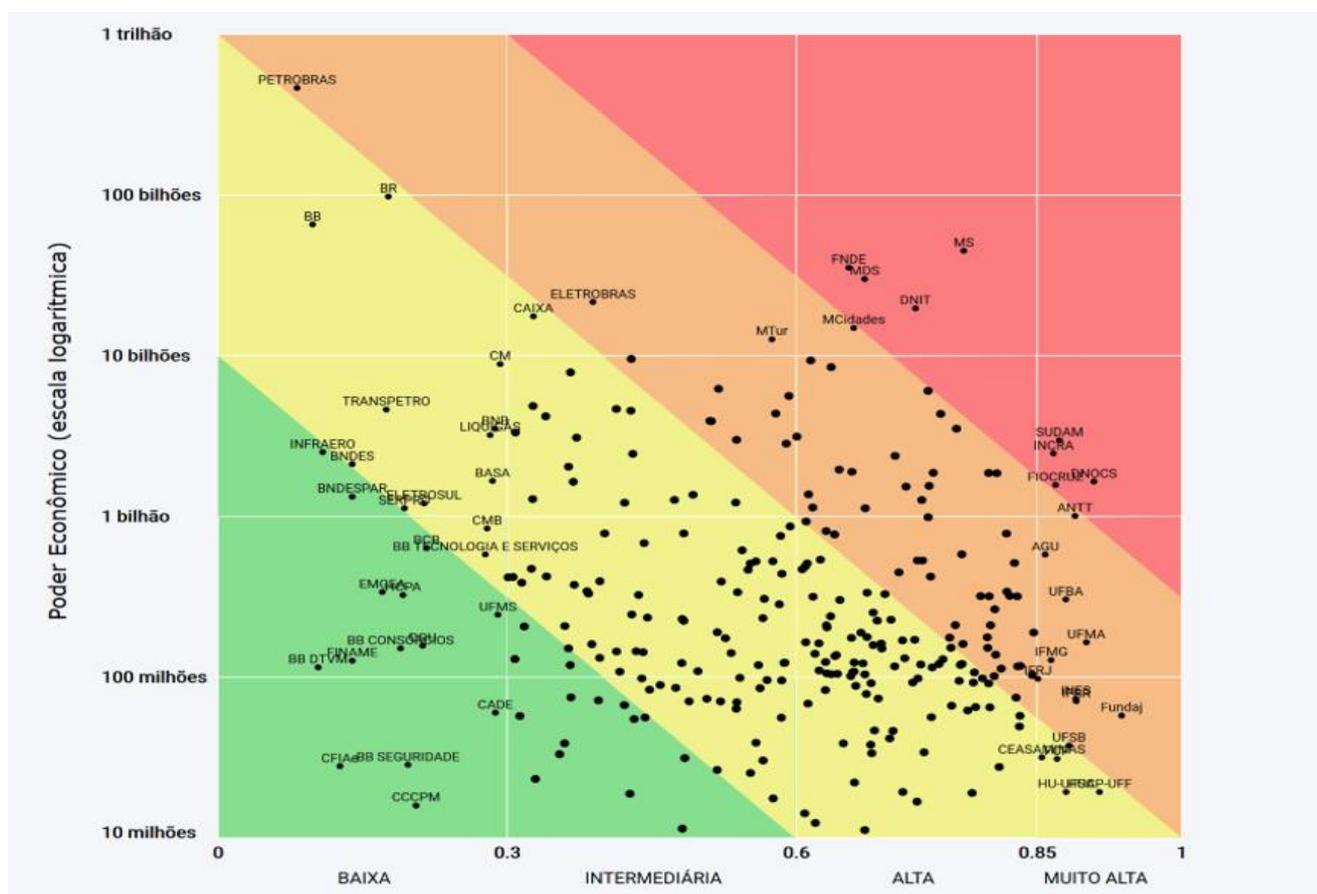
Para captar a capacidade das instituições que compõem a Administração Pública Federal-APF de se auto fiscalizarem o relatório do TCU se debruçou sobre os mecanismos públicos de governança desenvolvidos por estas instituições, focando nos seguintes aspectos: Designação de dirigentes; Gestão de riscos e controle interno; Gestão da Ética e Programas de Integridade; Auditoria Interna; e Transparência e Accountability. (ACORDÃO N° 26/2018, PLENÁRIO, TCU)

Com este estudo, segundo o Tribunal Administrativo de Contas, o objetivo central não era o de auditar uma determinada instituição e avaliar as circunstâncias clássicas. Mas, sobretudo, de identificar os fatores que aumentam ou mitigam os riscos de fraude e de corrupção. As perguntas elaboradas visavam identificar os mecanismos de controle existentes e a qualidade deles, variando de 0 a 100% (ACORDÃO N° 26/2018, PLENÁRIO, TCU)

Da mesma forma, os mapas que serão apresentados servem apenas para mostrar graficamente o quanto uma instituição está propensa a vivenciar situações de fraude e/ou corrupção. Para tanto estabeleceram uma escala de exposição onde situações de menor robustez no grau de controle demonstravam maior fragilidade institucional e, ao contrário, quanto maior o controle menor a fragilidade. (ACORDÃO N° 26/2018, PLENÁRIO, TCU)

Reproduzimos abaixo o gráfico de calor desenvolvido pelo TCU. A partir do uso de cores a sensibilidade ao risco é detectada, sendo a verde (baixa exposição), amarela (média exposição), laranja (alta exposição) e vermelha (altíssima exposição). (ACORDÃO N° 26/2018, PLENÁRIO, TCU)

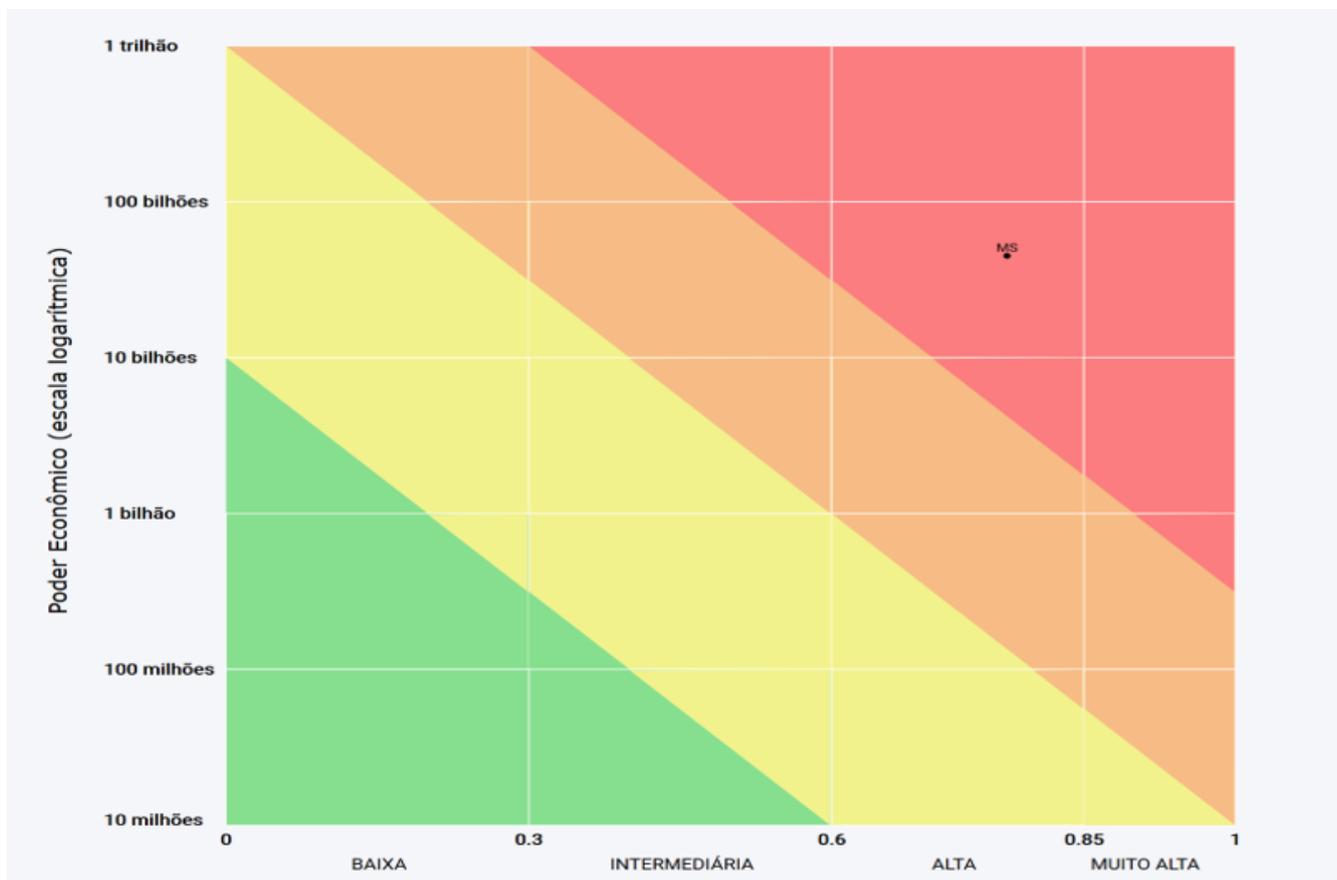
Figura VIII– Instituições Públicas - Fragilidade de controle x poder econômico (OGU).



Fonte: <https://meapffc.apps.tcu.gov.br/>

De acordo com este gráfico é possível observar que o Ministério da Saúde aparece isolado na parte superior de vermelho (altíssima exposição). Se considerarmos o elevado montante de recursos econômicos alocados neste ministério (80 bilhões ano), pode-se dizer que esta fragilidade no controle torna a instituição propensa a risco de fraude e/ou corrupção. Para melhor visualizarmos esta situação apresentamos no quadro abaixo a situação do Ministério da Saúde, de forma isolada das demais. Nele, pode se identificar melhor alto grau de fragilidade. A localização dos dados próximos a extremidade do eixo X, próxima ao grau 1, representa uma situação de alta ou altíssima fragilidade.

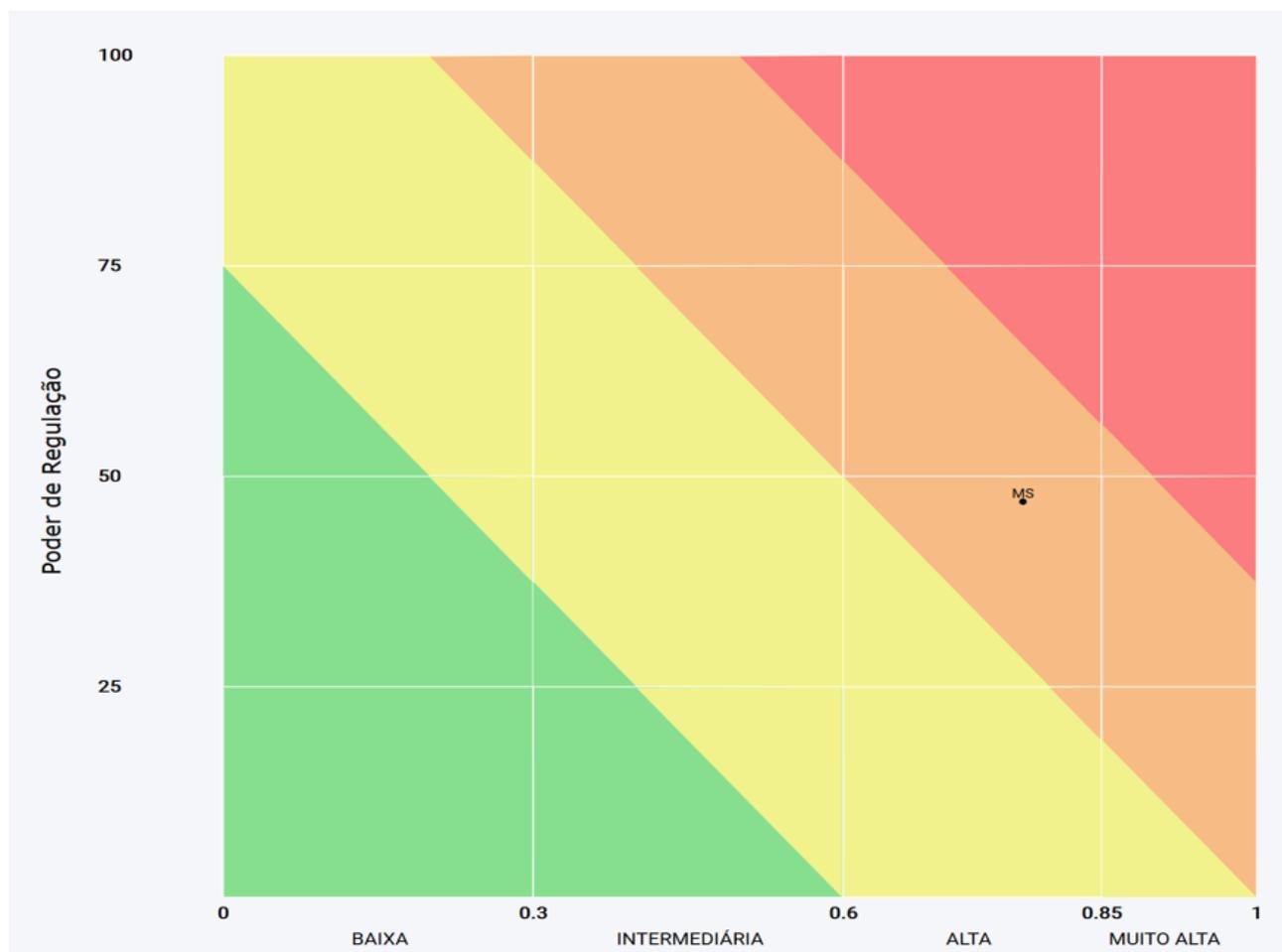
Figura IX– Ministério da Saúde (MS) - Fragilidade de controle x poder econômico (OGU).



Fonte: <https://meapffc.apps.tcu.gov.br/>.

Em relação ao poder de regulação, apesar do gráfico abaixo mostrar que a situação do Ministério da Saúde é um pouco melhor, se afastando do índice de altíssima fragilidade, a permanência na cor laranja revela que a instituição ainda tem um alto grau de exposição, o que sinaliza a importância de maior atenção e necessidade e aperfeiçoamentos dos mecanismos de controle. As medidas adotadas neste espaço adquirem relevo especial se considerarmos o papel de agente normatizador, desempenhado por este Ministério no âmbito nacional.

Figura X – Ministério da Saúde (MS) - Fragilidade de controle x poder de regulação (OGU).



<https://meapffc.apps.tcu.gov.br/>.

Estes dados reforçaram a conclusão descrita no Acórdão, o nº 26/2018 do TCU, de que os mecanismos de controle do Ministério da Saúde são frágeis. Para melhor compreensão destas fragilidades consideramos importante trazer para a discussão o relatório da Controladoria Geral da União-CGU realizada em anos anteriores e emitidos em janeiro de 2019, onde várias medidas de acompanhamento e recomendações (auditoria) foram realizadas. Este relatório será melhor abordado no próximo capítulo, que tratará dos resultados da pesquisa. Contudo cabe aqui registrar que os resultados apresentados reforçam a ideia de inexistência de instrumentos de planejamento formal integrando as atividades e cooperação técnica do entre os Departamentos da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS/MS e os Estados e Municípios, bem como a ausência de definição da atuação do gestor de contrato.

3.2.4– A gestão Processual no Fundo Nacional de Saúde

3.2.4.1 - Procedimentos

As normas instituídas para os processos de contratações de convênios e TED's determinam e definem a forma de tratamento e de tramitação interna e externa no âmbito do Ministério da Saúde. Recentemente a Diretoria do Fundo Nacional - FNS instituiu três dispositivos normativos que trouxeram inovações e mudanças no fluxo processual e aplicação de modelos de prorrogação, para pagamento e para prestação de conta. Esses novos fluxos e modelos serão apresentados e explicados, pois são fundamentais para o processo de controle e monitoramento.

O primeiro deles foi o Memorando nº 3/2018/CGAC/FNS/SE/ME, de 7 de março de 2018, em que define os procedimentos para aplicação de termos aditivos e prestação de conta, sendo o aditivo um dispositivo de alteração de um convênio ou TED. A prestação de conta é a fase final de um contrato, em que se avalia o cumprimento de um objeto pactuado e dos resultados entregues. Cabe ratificar que o objeto contratado não pode ser modificado, conforme determina o Decreto nº 6.170, de 25 de julho de 2007. Esse mesmo Decreto abre caminho para as demais instruções normativas complementares, pois abrange de forma ampla as três formas de contratações: os convênios, contratos de repasse e TEDs. Define ainda que os pagamentos devem ser realizados por meio de transferência junto às instituições financeiras oficiais federais e estaduais, isso para os convênios e para os contratos de repasse.

Os pagamentos devem ser realizados em conta bancária, serem registrados e interligados no SICONV, que é o Sistema de Convênios do Governo Federal, em que a liberação deve seguir o cronograma de desembolso previsto no plano de trabalho. O dispositivo que altera, modifica e adequa essas naturezas são conhecidos como termo aditivo e assume cinco formas em geral. São elas:

“a) de valor, implicando no aumento do repasse pelo concedente ou em contrapartida extra pelo conveniado; b) de prazo, por necessidade de mais tempo para alcance de metas e do objeto pactuado; c) de apostilamento, quando se torna necessário alterar valor e prazo para o desembolso das parcelas financeiras acordadas; d) de alteração de plano de trabalho, com pactuação de metas; e e) de uso de

rendimento de aplicação financeiras.”
(MEMORANDO N° 3, 2018)

Quando se aditiva ou se faz uma prestação de conta “se faz necessária a avaliação de eventuais implicações e impactos das referidas modificações”, assim, um processo de “avaliação” só é possível se os indicadores aplicados às metas e etapas também forem modificados na mesma escala de ajustes que as naturezas sofreram e devem ser medidos durante o ciclo de vida do projeto, a fim de se confirmar melhorias e aproveitamento do seu desempenho. (MEMORANDO N° 3, 2018)

Fica claro a importância da participação das áreas técnicas nos processos de aditamento e de prestação de conta de um convênio, TED ou carta acordo e isso fica evidente no segundo parágrafo do Memorando-circular n° 3/2018/CGAC/SE/MS – de 7 de março de 2018, que traz recomendação ao Fundo Nacional de Saúde, por meio do Relatório de Auditoria da Controladoria-Geral da União-CGU, n° 201701501, em que as áreas técnicas do Ministério da Saúde fossem envolvidas na análise e avaliação das alterações e, isso como “requisito obrigatório”, “imperativo” e que fossem as áreas “que se manifestaram quando da emissão do parecer de mérito inicial do Instrumento”, por serem protagonistas técnicos desses projetos. (Memorando-circular n° 3/2018/CGAC/SE/MS – de 7 de março de 2018)

Dessa forma, observa-se em tal recomendação que sua intenção é de segregar funções e competências. Lembrando que, o Decreto n° 6.170/2007 obriga o acompanhamento sistemático da execução física e financeira e coloca que “essa análise poderá basear-se em documentos integrantes do processo, em conhecimentos gerados pela própria área ou em outras fontes de informações, tais como relatórios de acompanhamento físico e de execução integral do objeto e a análise financeira de contas. (Memorando-circular n° 3/2018/CGAC/SE/MS – de 7 de março de 2018)

O que se pretende é que com mecanismo próprio cada área técnica finalística implemente ferramentas de monitoramento, métricas de medições e de avaliações dos seus respectivos contratos de convênio e TED, pois é sem dúvida a responsável e detentora da expertise na temática da pesquisa. O Memorando n° 3, de 2018, do Fundo Nacional de Saúde - FNS, define também que todos os documentos dos convênios e TEDs “passarão a ser encaminhados às áreas técnicas para manifestarem sobre os aditivos solicitados, bem como da prestação de conta. Ante ao exposto, o Memorando finaliza apresentando modelos que poderão ser utilizados para confecção e encaminhamento dos documentos acerca dos processos de

convênios e de TEDs, bem como os respectivos fluxos operacionais de cada uma das etapas e das fases dos aditivos e das prestações de conta.

Os aditivos e as prestações de contas devem ser precedidos de pontos de controle e monitoramento da execução física das metas e das etapas, da comprovação das atividades e tarefas e, principalmente, da entrega dos resultados pactuados. Outro ponto importante da IN STN nº 1 é que o §1º, do Art. 30, determina que os documentos acerca do convênio deverão ser mantidos por cinco anos em perfeita condição. Poderá ainda, quando aplicável, ser realizado uma prestação (de) conta parcial, com pendência e, quando, por fim, ocorrer a inadimplência ou irregularidades e, até mesmo, ilicitudes, deverá ser colocada em tomada de conta especial, que correrá por conta do Tribunal de Contas da União-TCU. Por fim, cabe ainda informar que no Art. 40 da mesma Instrução Normativa “A inobservância do disposto nesta Instrução Normativa constitui omissão de dever funcional e será punida na forma prevista em lei”. (IN STN nº 1 - §8º, 1997)

Maiores detalhes dos procedimentos e dos fluxos acerca deles podem ser vistos no Anexo V.

3.2.4.2 - Rotinas

O Ministério da Saúde tem o compromisso constitucional de prover aos cidadãos o melhor cuidado, acesso e atenção à saúde pública. Se observar a estrutura ministerial (Anexo IV) verá que a criação do Fundo Nacional de Saúde-FNS, instituído pelo Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969, como fundo especial e gestor financeiro dos recursos destinados ao Sistema Único de Saúde-SUS tem o propósito de:

“Os recursos administrados pelo FNS destinam-se a financiar as despesas correntes e de capital do Ministério da Saúde, de seus órgãos e entidades da administração direta e indireta integrantes do SUS.”
(BRASIL, 2018)

E é por meio dos TED's (no caso de instituições federais) e dos convênios que ocorrem as transferências de recursos da União para os órgãos e entidades da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal ou entidades sem fins lucrativos para fomentar e promover os programas, projetos e atividades. Esses recursos financeiros federais são transferidos regular e automaticamente por meio de dois componentes:

- 1) De vigilância e promoção da saúde;
- 2) Da vigilância sanitária.

Cada um deles podem ser utilizados em 3 (três) parcelas anuais nos meses de janeiro, maio e setembro, em conta específica. O componente de vigilância e promoção da saúde é constituído por um piso fixo, denominado de Piso Fixo de Vigilância e Promoção de Saúde-PFVPS; e pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção de Saúde-PVVPS. Os valores são reajustados todos os anos, calculados pela base populacional com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. As Secretarias Estaduais e Municipais recebem o PFVPS de forma regular, já o PVVPS é de forma sazonal, por fatos supervenientes, sistema de informação de óbitos, de incidência de câncer e outros indicadores de instituições beneficentes de saúde da população sem fins lucrativos.

Fazem parte interessada nos recursos e financiamento todas as instituições de saúde sem fins lucrativos, as entidades de pesquisas e universidades, assim como órgãos federais, estaduais e municipais. Esses recursos podem ser solicitados por adesão ou por indicação, todos de cunho epidemiológico e podem ser utilizados para desenvolvimento de pesquisas, projetos, serviços e aquisição de bens de capital. Vale ressaltar que, também compõe o componente de vigilância, em 5% dos recursos, uma reserva estratégica federal em que os recursos devem ser aplicados exclusivamente em vigilância em saúde.

É importante esclarecer que os fluxos apresentados acima são normativos e imperativos e todos os atores envolvidos no processo de convênios e de TED's devem segui-los, bem como obedecer às suas rotinas estabelecidas nos memorandos, portarias e leis.

4. RESULTADO: PROPOSTA DE APRIMORAMENTO

4.1 O Monitoramento no DSAST: mapeando os processos internos no DSAST

O monitoramento envolve mecanismos de avaliação de risco, em que são criados indicadores acerca de atributos e painéis de controle capazes de medir o desempenho de cada atividade e suas tarefas. Entre os atributos existentes nos processos no âmbito do DSAST os listados abaixo são mais presentes nos fluxos operacionais e por isso podem (e) auxiliam na identificação dos riscos.

São eles:

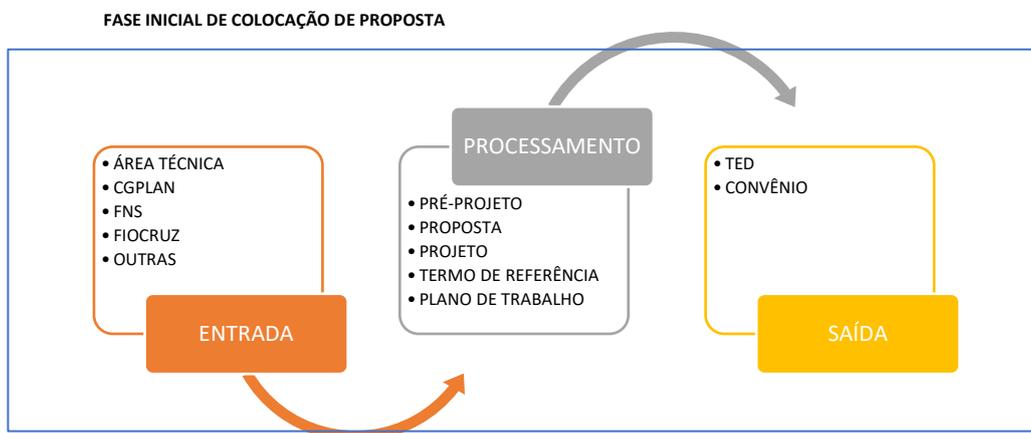
- Descrição;
- Referências legais;
- Canal de relacionamento;
- Ator (es);
- Tarefas;
- Documentação de entrada;
- Documentação de saída;
- Indicador de desempenho;
- Índice de risco;
- Perfil dos profissionais;
- Regras de negócio e requisitos; e
- Outros.

O monitoramento desses atributos é que dão forma ao objeto de estudo deste trabalho, ou seja, para se apresentar “Uma proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito do DSAST, com foco no monitoramento”, deve-se antes de tudo identificar quais são os atributos capazes de influenciar no desenvolvimento dos projetos de pesquisa, devendo ao gestor responsável manter a sintonia dos objetos de estudos com a missão do DSAST. Nesse sentido o monitoramento acerca do DSAST entende que avaliar o desempenho dos projetos de pesquisa é uma forma de garantir a entrega dos resultados à sociedade.

O ciclo de vida dos projetos no âmbito do DSAST é formado por um conjunto de processos e sequências lógicas de atividades e tarefas com entrada, transformação e saída. As atividades e tarefas fluem pela entrada, processamento e saída conforme os quadros abaixo, em que no primeiro é a colocação da proposta nos sistemas Siconv e Gescon e envolve as áreas técnicas do Ministério da Saúde como também das proponentes/convenientes. A entrada é a

colocação dos artefatos apresentados no processamento e a saída é a contratualização do TED ou do convênio.

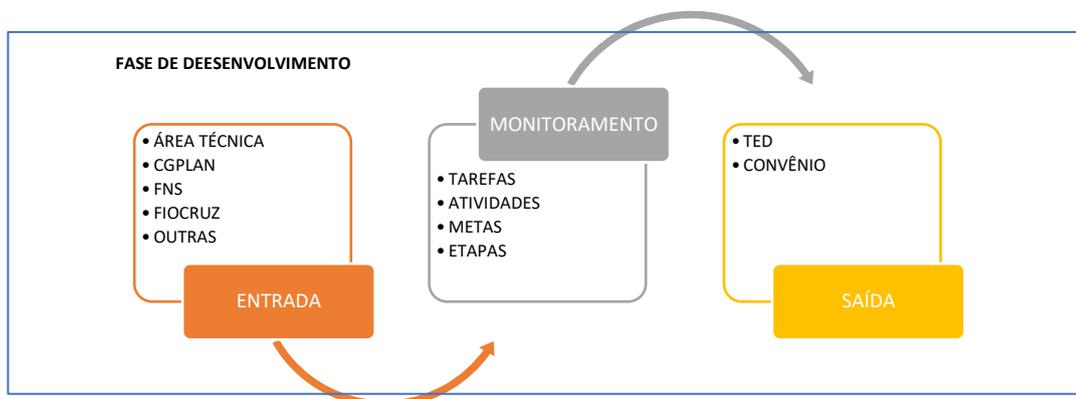
Figura XI - Ciclo processual de colocação de propostas.



Fonte: elaboração própria, 2018.

A fase de desenvolvimento contempla a execução das atividades e das tarefas e é desenvolvida pelas equipes técnicas das Coordenações do DSAST em conjunto com a equipe de pesquisadores e da Coordenação da instituição conveniente contratada. A interação que ocorre no desenvolvimento dos projetos de pesquisa deve ser monitorada a todo instante por todos os envolvidos e emitido relatório gerencial.

Figura XII - Ciclo processual de desenvolvimento do projeto.



Fonte: elaboração própria, 2018.

Nessa fase de desenvolvimento se começa a ter uma noção do desempenho do projeto quanto as metas de execução física e orçamentária, do cronograma das atividades e das tarefas e, principalmente, são ajustados os pontos de entropias por meio dos planos de ações corretivas

e preventivas. Por fim, chega-se na reta final do projeto, em que se deve prestar conta da execução do objeto contratado e a entrega dos produtos e/ou serviços pactuados na proposta, no plano de trabalho e no termo de referência/projeto básico.

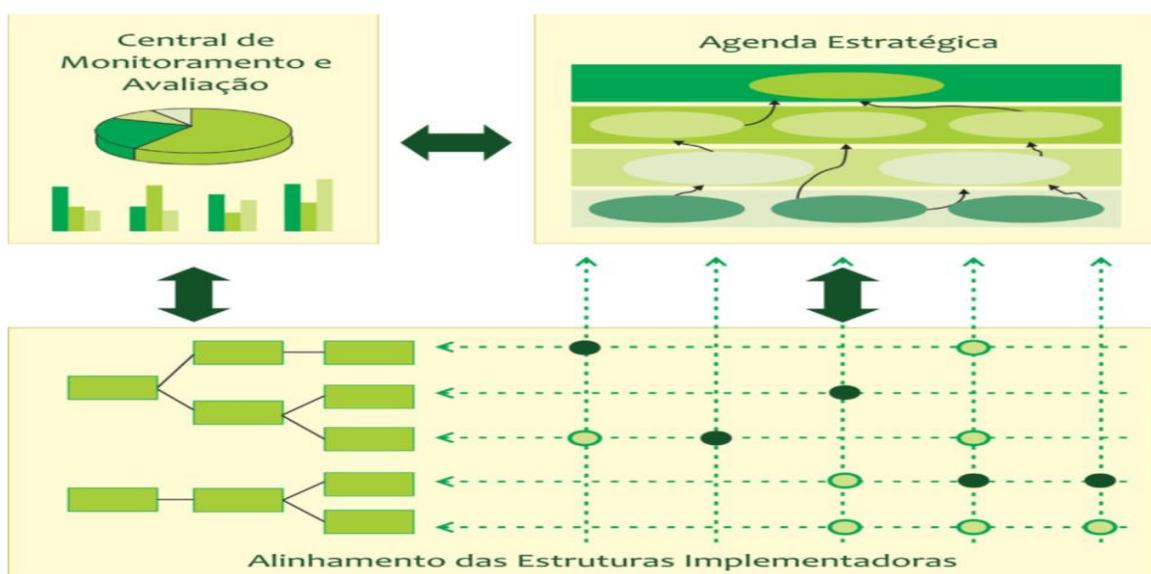
Figura XIII - Ciclo processual de prestação de conta final.



Fonte: Elaboração própria, 2018.

No entanto, a entrega dos resultados vem da execução das atividades e das tarefas, dessa forma, para efeito dos projetos no âmbito do DSAST se fez necessário criar painéis de controle que fossem capazes de medir o desempenho das atividades e de suas respectivas tarefas. Observa-se na figura abaixo um modelo que auxiliou na construção dos painéis de controle.

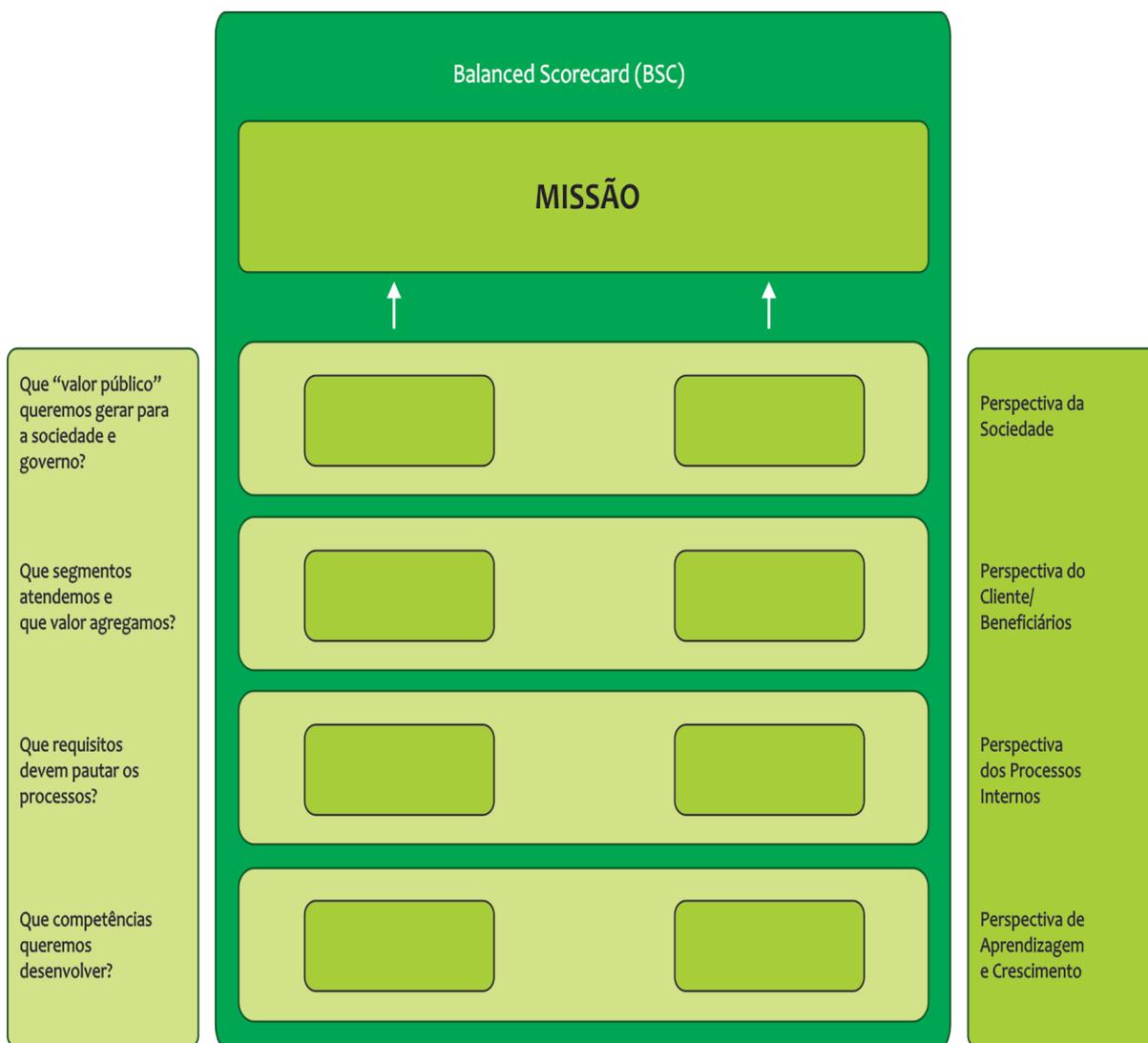
Figura XIV - Os três blocos essenciais da gestão matricial de resultado.



Fonte: Brasil, 2009.

Os processos precisam estar alinhados aos preceitos legais e aos objetivos estratégico do Ministérios, da SVS e do DSAST para que se possa medir o desempenho de cada um dos projetos de pesquisa. No entanto, era ainda preciso pensar em uma ferramenta capaz de integrar de forma sistêmica essa dinâmica, que fosse informatizada e integrasse as atividades e as tarefas de cada um dos projetos no âmbito do DSAST e, principalmente, pudesse acompanhar o desempenho das metas estabelecidas nos planos de trabalhos e nos projetos básicos. A figura abaixo exemplifica o modelo utilizado na construção das competências dos processos internos, de aprendizagem e de crescimento no âmbito do DSAST.

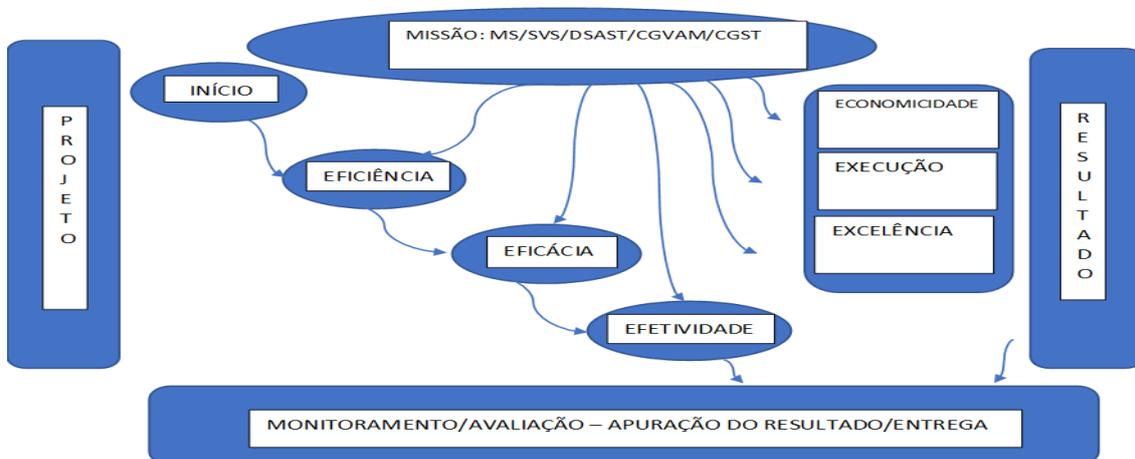
Figura XV - Perspectiva financeira do BSC substituída pela perspectiva da sociedade.



Fonte: Brasil, 2009 – Mapa Estratégico Adaptado a Organizações do Setor Público.

Observa-se na figura que a missão é a responsável por definir os parâmetros de eficiência, eficácia e efetividade que se tem que alcançar no esforço de atingir as metas pactuadas nos projetos de pesquisa e, também, para garantir a economicidade, a execução e a excelência processual dos resultados esperados. Dessa forma, tendo o modelo estratégico de alinhamento da estrutura para o DSAST idealizado era então preciso criar uma dinâmica de esforços e de resultados atuando na entrada, no processamento e nas entregas dos objetos dos projetos, conforme a figura abaixo.

Figura XVI - Disseminação dos preceitos da missão para os indicadores.



Fonte: Elaboração própria, 2018.

A visão que se desejava consolidar com a proposta de aprimoramento da gestão das pesquisas no âmbito DSAST, que tem como foco o monitoramento, vai além do simples controle e segue Barzelam (1997), em que o mecanismo do Estado, por meio de seus Órgãos e Entes, possa responsabilizar “...não só pela sua forma de funcionamento, como também pelos resultados de sua atuação”. (MARINE e FALCÃO, 2012)

Pensando nisso dentre os pontos importantes que se procurou aferir nos indicadores criados para o DSAST, destacam-se os que demonstrassem:

- a) Sua relevância em relação ao objeto a ser avaliado;
- b) Sua consonância com o objeto a ser avaliado;
- c) Se há duplicidade de sentido;
- d) Sua confiabilidade;
- e) Seu grau de utilidade; e

f) Seu custo-benefício. (BRASIL, 2010)

No caso do DSAST, da SVS/MS, cujo objetivo é promover a vigilância de doenças e agravos que atingem a sociedade, os indicadores são ferramentas indispensáveis e foram criados para diagnosticar e medir o desempenho dos projetos de pesquisa como auxiliares na gestão da qualidade das entregas dos produtos e/ou serviços.

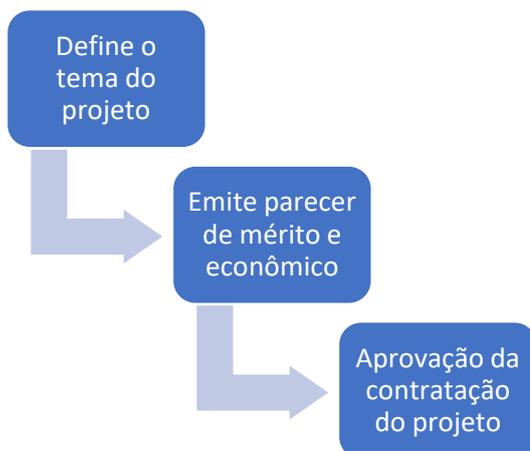
No âmbito do DSAST o processo inicia na etapa de análise e aperfeiçoamento dos pré-projetos (protótipo), também chamado de proposta. Essa etapa inicial é realizada pela equipe técnica e administrativa do DSAST, em conjunto com a instituição proponente, para definição do tema de estudo; na segunda etapa, a instituição proponente (conveniente ou descentralizada) entra com a proposta no Sistema Siconv (para convênios) ou no GESCON (para TEDs); já a terceira etapa é realizada pelos técnicos do DSAST, que emitem parecer de mérito e econômico; a quarta etapa é realizada pela Coordenação Geral de Planejamento Orçamentário-CGPLAN/SVS, pelo DSAST/SVS e pelo FNS, que viabilizam a contratação da instituição; e a quinta e última etapa é desenvolvida pela equipe do Departamento, pelos técnicos do FNS e da Proponente contratada.

Os técnicos do DSAST nessa última etapa são responsáveis pelas medições das metas, liberação das parcelas de recursos financeiros e da avaliação do relatório final de prestação de conta, tanto parcial como final, com a constatação ou não da entrega dos resultados pactuados. Toda essa sistemática listada acima precisou ser planejada, monitorada e integrada sistemicamente com os pontos de medições e com os indicadores, que foram customizados às características e especificidades do DSAST, ou seja, era preciso nessa fase do trabalho entender o fluxo desses processos de forma a se propor um sistema acerca do Ministério da Saúde, em específico do DSAST, capaz de integrar as atividades e as tarefas dos processos de contratação das pesquisas, atuando de forma sequencial.

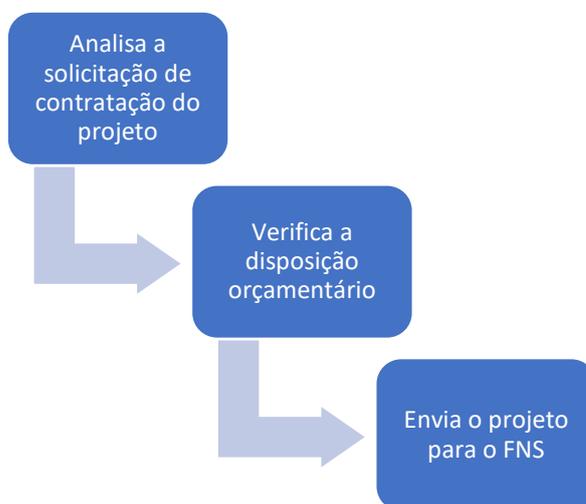
4.2 Fluxo das Contratações dos Projetos de Pesquisas no âmbito do DSAST

O fluxo administrativo e operacional das áreas internas do Ministério da Saúde, do Fundo Nacional de Saúde, das proponentes (como Universidades, Fiocruz e Fiotec), assim como das demais instituições que venham a contratar com o Ministério, por meio dos convênios ou dos TED's, assumem características singulares e que precisam ser entendidas para melhor compreensão processual. Abaixo se pode ter uma visão sistêmica de cada um desses processos de contratação, seus atores e as tomadas de decisão.

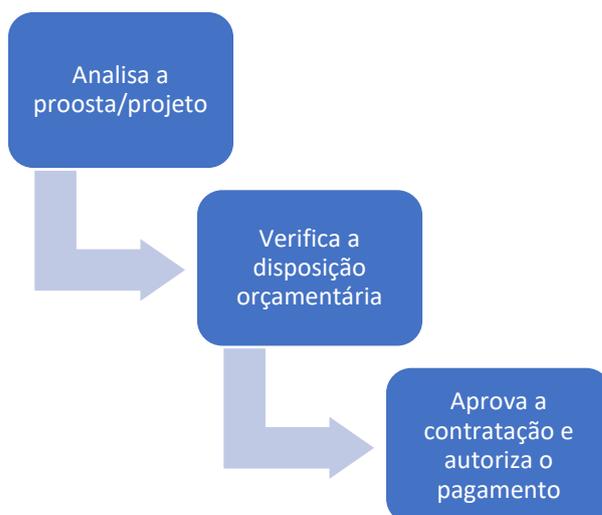
- Fluxo interno das Áreas Técnicas dos Departamentos do MS.



- Fluxo interno da Coord. Geral de Planejamento Orçamentário CGPLAN.



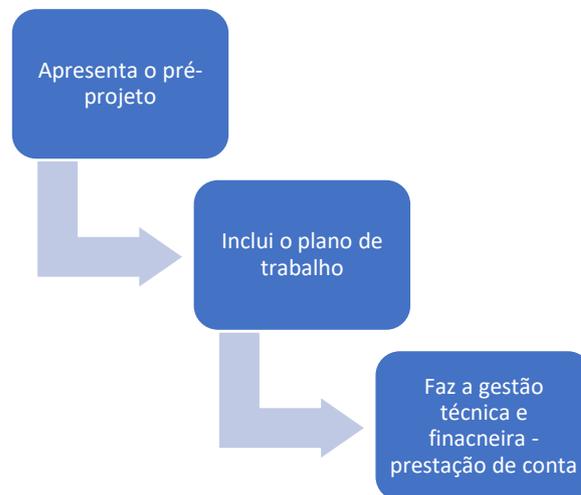
- Fluxo interno do Fundo Nacional de Saúde – FNS.



- Fluxo interno da Fiocruz e Fiotec.



- Fluxo interno das demais Instituições de pesquisa.



O primeiro movimento que o processo faz é na definição da temática e início da construção do pré-projeto. Já o segundo faz a disposição orçamentária e a ponte entre a SVS e o FNS. O terceiro ocorre dentro do próprio FNS, que é a liberação do aporte financeiro à conveniente contratada. Por fim, o quarto e o quinto fluxo se dão nas instituições contratadas e fecham o ciclo de contratação, de execução e da prestação de conta.

Há a necessidade de conhecer na prática como funcionam os processos internos no DSAST, a fim de visualizar as fortalezas, lacunas e ameaças acerca das rotinas (OE-5) e os impactos provocados pelas entropias e pelos gargalos existentes.

4.3 Situação-Problema no âmbito do DSAST

Somente tendo a noção do contexto teórico e prático dos processos internos do DSAST é que se pôde compreender sistemicamente as causas e os efeitos situacionais que elevam os

riscos gerenciais e que podem comprometer o desempenho processual e até mesmo a entrega dos resultados dos projetos de pesquisa. A verificação de três processos que apresentaram entropias foi a primeira etapa para relacionar as práticas existentes e confrontá-las com as boas práticas de gestão.

Dessa forma, foram analisados três processos quanto aos aspectos técnicos-operacionais de suas rotinas e as dinâmicas dos fluxos processuais no âmbito do DSAST. São eles: Convênio 350/2014; TED 171/2012; e Carta Acordo TC 69/SCON 2018-00446.

I) Convênio 350 de 2014:

O primeiro é o convênio número 350/2014 de Monitoramento do Câncer no Trabalhador, firmado com a Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, que teve por duas vezes sua prestação de conta rejeitada pela equipe técnica do DSAST e do Fundo Nacional de Saúde, tanto no contexto de execução física quanto financeira, mas que depois teve as incongruências sanadas pela convenente, que é a responsável técnica pela Coordenação do projeto. O quadro abaixo extraído do relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST, mostra que o projeto chegou no final sem ter cumprido suas metas, ou seja, as atividades iniciaram em 2014 e só depois de quatro anos se constata que não ocorreram os pontos de controle, monitoramento e avaliação das metas, etapas e as entregas dos resultados pactuados.

Quadro IV - Percentual de atingimento das metas estabelecidas depois de quatro anos de execução do projeto.

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	PLANO DE TRABALHO			
			APROVADO		EXECUTADO	
			UNID.	QTD	UNID	%
1.	Única	Promover dois encontros nacionais para troca de informações sobre câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente.	Encontro	2	%	0
2.	Única	Desenvolver Sistema de Informação para monitoramento do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente.	Serviço	1	%	0
3.	Única	Apoias tecnicamente 6 (seis) estudos situacionais de câncer relacionado ao trabalho.	Estudo	6	%	0
		Elaboração de pesquisa em seis locais	Pesquisa	6	%	0
		Preparar relatório	Material	1	%	0
		Distribuição de Material	Distribuir	1	%	
4.	Única	Participação do grupo em congressos, cursos e seminários nacionais e internacionais visando intercâmbios nacionais e internacionais.	Evento	8	%	100
		Viabilizar três intercâmbios nacionais e internacionais no tema	Intercâmbio	3	%	100
		Elaborar três pareceres técnicos e/ou revisão de literatura do SUS e do Movimento Social Organizado e CIST	Material	3	%	50

Nota: extraído do relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST.

Os percentuais atribuídos (quadro acima) são a constatação de que a falta de monitoramento provoca um relaxamento na condução do projeto e coloca em risco a execução do objeto pactuado, acarretando em desvio de finalidade, mau uso dos recursos públicos, danos ao erário e compromete a missão do Departamento e, conseqüentemente, da Secretaria e Vigilância em Saúde e do próprio Ministério da Saúde. Se prestar atenção nos motivos e justificativas abaixo da equipe técnica do DSAST, nota-se que não há formalização e evidência documental, bem como ocorre a fuga do objeto pactuado no plano de trabalho com a conveniente. Segue a estratificação de trechos do relatório técnico justificando os percentuais atribuído pela equipe técnica do DSAST e a contra resposta da conveniente referente as quatro metas pactuadas no plano de trabalho e no projeto básico:

“Motivos e justificativas pelos percentuais atribuídos as metas (quadro acima)

Meta 1: Promover dois encontros nacionais para troca de informações sobre câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente - foram realizados por uma ferramenta de teleconferência chamada de "Telessaúde/UERJ" três seminários com os seguintes temas: Câncer relacionado ao trabalho; Agrotóxico; e Saúde do trabalhador (pag. 274, vol. II – Relatório Situacional referente a 2012/2013 emitido pela CEPESC). Porém, como não identificamos documentos que demonstrassem a realização das palestras, solicitamos por meio de uma diligência a apresentação de fatos comprovatórios.

Em resposta à diligência foram apensados 05 (cinco) arquivos no SICONV – anexo 1 de 2018 parte: 1,2,3,4 e 5 – mas nenhum possui lista de presença (relatório de participantes emitido pelo sistema ou outro documento que conste nomes, cpf, certificado de participação), apenas fotos dos moderadores e dos palestrantes. Outro fato grave é que não identificamos nos chamamentos das palestras o ano, tem o dia e a hora, mas não menciona o ano, o que impossibilita afirmar se foram ou fizeram parte do projeto em questão.

Conclusão: ratificamos que pelos artefatos apensados não é possível identificar evidências da realização das palestras e/ou que as mesmas foram provenientes do projeto. (Todos os documentos mencionados estão no Siconv)" (relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST)

"Meta 2: Desenvolver Sistema de Informação para monitoramento do câncer relacionado ao trabalho e ao ambiente – não identificamos a execução dessa meta, o que há são apenas menções quanto à utilização dos sistemas de bancos de dados SINAN (MS) e SUB/CAT (PS). É importante definir o conceito de Sistema de Informação para melhor entendimento da necessidade do projeto e, principalmente, correlacioná-lo ao objeto de pesquisa:

Um sistema de informação consiste em uma soma estruturada de elementos. Mosimann, Alves e Fisch (1993, p.52) conceituam sistema de informação como "uma rede de informações cujos fluxos alimentam o processo de tomada de decisões, não apenas da empresa como um todo, mas, também, de cada área de responsabilidade." Campos Filho (1994, p.34) explicita que o sistema de informação baseia-se em quatro componentes reunidos de modo a permitir o melhor atendimento aos objetivos da organização: a) a informação (dados formatados, imagens, sons e textos livres); b) os recursos humanos (que coletam, armazenam, recuperam, processam, disseminam e utilizam as informações); c) as tecnologias de informações (o hardware e o software); e d) as práticas de trabalho (métodos utilizados). As práticas de trabalho, segundo Alter (1992, p.07), são as formas, maneiras e métodos utilizados pelas pessoas da organização para realizar os seus serviços. Elas estão intimamente ligadas às ferramentas tecnológicas e às informações para comunicação, realização de tomada de decisão e outras tarefas necessárias ao negócio. As tecnologias de informações, de acordo com Alter (1992, p.09), compreendem o hardware e software destinados a tarefa de processamento de dados e que capturam, manipulam, armazenam, recuperam e transmitem as informações. Salienta que a tecnologia da informação é um componente do sistema de informação e não pode ser confundido como se este elemento fosse o todo. A tecnologia de informação é o ferramental do qual se utiliza a prática de trabalho.

Ou seja, entendemos que para execução da meta se faz necessário o preenchimento desses quatro componentes citados acima (letras: a, b, c, d), caso contrário há um desentendimento conceitual e um distanciamento da proposição apresentado na Proposta, no Projeto Básico e no Termo de Referência.

A meta é clara - “desenvolver um sistema de informação para o monitoramento do câncer relacionado ao trabalho...” -, o que vai ao encontro do objeto do projeto/pesquisa, inclusive como sendo um produto de entrega, “Estudos e Pesquisas: Integrar grupo de estudo e pesquisa em Epidemiologia do Câncer – GEPEC.” O Sistema de Informação iria justamente integrar os grupos de estudo com o uso de tecnologia (software e hardware), minerar as informações e sistematizar os processos. Porém, como não identificamos a entrega desse produto, solicitamos por meio de uma diligência a apresentação de fatos comprovatórios.

Em resposta à diligência foram apensados 10 (dez) anexos no SICONV – anexo 2/2018: relatório justificando a alteração da meta; anexos de 03 a 11/2018: relatório dos estudos (planilhas de dados) e as correspondências enviadas a cada CEREST com os problemas identificados – porém, não há registros no SICONV e nem no processo físico, da área técnica responsável no Ministério da Saúde, autorizando a alteração da meta, pelo contrário, esse pleito foi indeferido pela CGSAT (pag. 522, vol. III – de 19/02/2015 – Parecer nº 13/2015/DSAST/SVS/MS). Outro ponto importante a ser observado é que esta meta está fortemente vinculada ao objeto, que utilizaria o Sistema de Informação como forma de integrar os grupos de estudo e minerar os dados colhidos e, sua falta, compromete a qualidade do projeto e configura fuga do seu objeto, o que contraria os normativos reguladores como: o Inciso IX, do Decreto 6.170/2007; o Inciso III, do Art. 8º, da IN STN nº 1/1997; bem como dos procedimentos de formalização acerca de alteração do Convênio.

“IX - termo aditivo - instrumento que tenha por objetivo a modificação do convênio já celebrado, vedada a alteração do objeto aprovado; ” (Decreto 6.170/2007);

Conclusão: ratificamos que pelos artefatos apensados não é possível aceitar a entrega da meta 2, visto que a falta do sistema de informação afeta a qualidade do projeto e fere os preceitos legais. (Todos os documentos mencionados estão no Siconv)” (relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST)

“Meta 3: Apoiar tecnicamente 6 (seis) estudos situacionais de câncer relacionado ao trabalho/Elaboração de pesquisa em seis locais/Preparar relatório/Distribuição de Material – não foram encontradas evidências do início dessa meta. Dessa forma, como não identificamos documentos que demonstrassem a realização dessa meta, solicitamos por meio de uma diligência a apresentação de fatos comprovatórios.

Em resposta à diligência foram apensados 07 (sete) anexos no SICONV – anexo 12/2018: capacitação em Natal/RN; anexo 13/2018: capacitação no Ceará; anexo 14/2018: capacitação em Aracajú/SE; e anexo 15/2018: capacitação em Londrina/PR; e anexos 16, 17 e 18/2018 - respectivamente – folder, cartaz e material instrucional. Porém, ao analisarmos os anexos de capacitação (12, 13, 14 e 15), percebemos a falta de listas de presença e de registros de aplicação dos treinamentos como as fichas de avaliação, que poderiam comprovar a execução e a qualidade dos cursos. Percebemos também, que o Folder e o Cartaz de divulgação não fazem referência ao projeto/convênio.

Todavia, o ponto mais importante a ser contestado, é que após analisar cada um dos anexos e tentar correlacioná-los aos quatro pontos da meta (acima), percebemos que não há nenhuma correlação com – “o apoio a seis estudos situacionais de câncer relacionado ao trabalho; não apresentaram as seis pesquisas em seis locais; o relatório não está entre os anexos citados; e não há registros de entrega dos materiais como comprovante de entrega, romaneios de transportadoras e/ou qualquer outro meio que evidenciasse sua distribuição.

Conclusão: ratificamos que pelos artefatos apensados não é possível aceitar a entrega da meta 3, porque os documentos apresentados não correspondem ao pactuado na proposta e no plano de trabalho do convênio, fugindo completamente do escopo contratado. Além do mais, faltam nos documentos apresentados segurança processual como lista de presença com nomes, CPF e assinatura, bem como a real aplicação dos

materiais. (Todos os documentos mencionados estão no Siconv)” (relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST)

“Meta 4: Participação do grupo em congressos, cursos e seminários nacionais e internacionais visando intercâmbios nacionais e internacionais/ Viabilizar três intercâmbios nacionais e internacionais no tema/Elaborar três pareceres técnicos e/ou revisão de literatura do SUS e do Movimento Social Organizado e CIST – Foi informado da realização de um congresso internacional, um outro nacional e um curso com carga horária de 40 horas, aplicado pela FIOCRUZ. Porém, não foram atingidos os 8 (oitos) eventos, nem os 3 (três) intercâmbios com a elaboração de 3 (três) pareceres técnicos e/ou revisão da literatura do SUS, do movimento social organizado e CIST, conforme preconiza a proposta 089377/2009 (pag. 02, vol. 1), projeto básico (pag. 81, vol. 1) e parecer de mérito (pag. 20, vol. 1), assim solicitamos uma diligência para apresentação das evidências.

Em resposta à diligência foram apensados 29 (vinte e nove) anexos no SICONV – anexos 24, 27, 28E, 30, 36, 37, 40, 42, 35R, 33, 25, 19, 38, 39, 35A, 29, 32, 34, 41, 31, 43, 22, 44, 23, 45, 21, 26, 46, 47 e 48/2018 (mantivemos a mesma ordem do relatório para facilitar a sua consulta): todos estão relacionados a participação em congressos, cursos e seminários nacionais e internacionais e, também, a capítulos de livros e artigos. Ao analisar cada um, percebemos a participação do grupo nos eventos, evidenciamos os certificados de participação assinados, com data referente ao período do projeto e configurando o cumprimento na íntegra das duas primeiras etapas, porém, a terceira, “Pareceres Técnicos e/ou Revisão de Literatura”, foi atendida de forma parcial, visto que os anexos 46 e 47, referente ao Capítulo do Livro de Vigilância, só tem uma página cada, capa e índice com os capítulos, não tendo seu conteúdo na íntegra. Já o artigo - Eleição de prioridades para a vigilância do câncer relacionado ao trabalho, anexo 48 -, contém todo capítulo.

Conclusão: ratificamos que pelos artefatos apensados aceitamos de forma parcial a meta 4, com atingimento superior a 85% da meta, podendo a Conveniente apresentar o capítulo faltante e encerrar essa meta como atingida. (Todos os documentos mencionados estão no Siconv)” (relatório final de prestação de conta da equipe técnica do DSAST)

Observa-se que na exposição dos motivos e justificativas da equipe técnica do DSAST na atribuição dos percentuais, quanto as quatro metas do projeto, que há a falta de evidência da execução das atividades e da comprovação de entrega dos resultados. Ou seja, esperou-se quatro anos para se constatar entropias e o que é pior, alterações no escopo do projeto básico e a simples aplicação de um mecanismo de monitoramento com a adoção de indicadores capazes de medir o desempenho de cada uma das metas permeando todo decorrer do projeto poderia ter evitado todas essas incongruências constatadas pela equipe técnica do DSAST e garantido a entrega do objeto contratado.

II) TED 171 de 2012:

Já o Segundo projeto analisado, o TED 171 de 2012 referente a um estudo e construção de protocolo relacionada a contaminação de mercúrio, com a Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ, foi finalizado em 2017 e também apresentou inconsistências na execução física e financeira.

Sequência de e-mails entre a equipe técnica do DSAST e a equipe técnica da Universidade:

“Em 20 de setembro de 2017 10:15, [REDACTED] escreveu:

Bom dia [REDACTED], por favor, encaminhe o relatório final através deste e-mail, incluindo o Sr. [REDACTED] (em cópia). Como o prazo de prestação de contas do projeto foi em 03/01/2017 (VIDE print abaixo), vocês deverão entrar em contato com a DICON do RJ e solicitar informações para sanar a pendência junto ao FNS. Ressaltamos que o envio do relatório ainda fica condicionado à avaliação técnica e não configura prestação final de contas, ok?

Permaneço à disposição para esclarecimentos

Para: [REDACTED]

Cc: [REDACTED]

Assunto: Re: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a vigilância em saúde das populações expostas ao mercúrio

Prezada [REDACTED]

Não sei se todos vocês sabem, mas [REDACTED], [REDACTED], faleceu de [REDACTED] deste ano. Nós fazíamos a nossa parte separadamente e a [REDACTED] reunia todas as informações e dava o sentido que julgava conveniente ao objetivo do projeto. Após seu falecimento, a equipe se reuniu e decidiu que faria o possível para terminar o relatório final, que era muito importante para a [REDACTED]. Assim, ressalto que a equipe irá colaborar com a SVS pela memória da [REDACTED]. No entanto, sem a obrigação de quem assumiu o compromisso. Nosso compromisso com a [REDACTED] foi cumprido. Desta forma, quando julgarmos conveniente, enviaremos o relatório final assim como pensamos em ir mais adiante e enviar o protocolo no futuro. Sinto muito se o momento de vocês é diferente do nosso, mas não podemos ser cobrados por um compromisso que não assumimos pessoalmente, muito menos a [REDACTED], que foi apenas aluna da [REDACTED] na Universidade [REDACTED] o que significa que nem era da UFRJ. Eu também não sou [REDACTED] da UFRJ, mas tenho um compromisso moral com a [REDACTED]. Bem, espero que eu tenha conseguido explicar a nossa situação para aqueles que não a conheciam ainda."

Percebe-se que não houve pontos de controle e formalização no decorrer do projeto e o que é pior, não havia uma pessoa para substituir a Coordenadora que faleceu. A questão é que o relatório final foi enviado à equipe do DSAST junto com o protocolo, mas segundo o entendimento da equipe não foram cumpridas as metas em conformidade com a proposta e o plano de trabalho pactuado.

Nota-se também que, não se pode deixar chegar no final do projeto para se dar conta de que algo deu errado ou que ocorreu uma variável incontrolável que coloca todo projeto em uma situação de risco. A morte da Coordenadora do projeto é sem dúvida uma variável incontrolável, porém a utilização de uma solução informatizada e integrada capaz de armazenar grande número de informações e de integrar as atividades e as tarefas aos atores participantes do projeto e atribuir responsabilidades, possibilitaria salvaguardar a continuidade do projeto. De certo os dois estudos de casos exemplificados até aqui, o convênio 350 e o TED 171, levam a crer que o simples monitoramento responderia as entropias e de forma tempestiva daria respostas pontuais aos entraves e criaria uma curva de aprendizado para o Departamento.

O último estudo de caso a ser apresentado tem particularidades singulares, por ser uma carta acordo com a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS e tem um modo operacional centralizado e sua escolha fecharia as três formas de contratualização dos projetos no âmbito do DSAST.

III) Carta Acordo de 2018:

A Carta Acordo selecionada é a TC 69/SCON 2018-00446 com a Fundação Escola Politécnica da Bahia – FEPBA: Estudo sobre magnitude da morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho no Brasil. Nos e-mails abaixo trocado entre a OPAS e a contratada é solicitado o relatório de progresso do projeto:

“Em seg, 14 de jan de 2019 às [REDACTED] (BRA) <[REDACTED]> escreveu:

[REDACTED] boa tarde!

Alguma previsão referente a prestação de contas parcial e o relatório de progresso da carta acordo SCON2018-00446 – FEPBA referente ao projeto “Estudo sobre a magnitude da morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho no Brasil” ?

Ficamos no aguardo de retorno e desde já agradecemos!

Atenciosamente,

[REDACTED]

[REDACTED]

De: [REDACTED]

Enviada em: quinta-feira, 24 de janeiro de 2019 [REDACTED]

Para: [REDACTED]

[REDACTED]

Cc: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Assunto: [REDACTED]

[REDACTED]

boa tarde!

Segue anexo o 1º Relatório de Progresso do Projeto "Estudo sobre a magnitude da morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho no Brasil".

O Relatório impresso será encaminhado para Fundação Escola Politécnica da Bahia.

Se possível nos informe se há pendências.

agradeço atenção e apoio

abs

[REDACTED]
E-mail [REDACTED] Tel.: (71) [REDACTED] ”

Esses relatórios trocados entre a OPAS e a Contratada não chegam para o DSAST dentro de um mecanismo de monitoramento. Porém, quando do final do projeto, na prestação de conta, a OPAS envia o resultado da pesquisa para a equipe técnica do DSAST avaliar e emitir parecer favorável ou não quanto ao cumprimento do objeto contratado. Constata-se no fluxo que a Carta Acordo depois de contratada passa a ser monitorada apenas pela OPAS, sem o envolvimento do DSAST no seu desenvolvimento, sendo acionado apenas no final do projeto, na prestação de conta ou se em um dos repasses das parcelas a contratada não apresentar o parecer parcial, ou seja, em ambas situações o problema já existe e está impactando no desempenho do projeto. A equipe da OPAS interage diretamente com a entidade contratada e quando dá algum problema que não consegue sanar pede a intervenção do DSAST junto à contratada.

Observa-se que nos três casos expostos acima, seja em convênio, TED ou carta acordo, o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador -DSAST/SVS/MS só toma conhecimento do desempenho e dos resultados do projeto quando finalizam, o que confirma de forma negativa a situação problema, pois expõe uma fragilidade no controle dos projetos que podem provocar danos ao erário, desvio de finalidade e risco a imagem no DSAST e de sua Secretaria.

4.3.1 Análise da Situação-Problema

As três situações-Problema exposta mostram de forma clara a necessidade de uma ferramenta de monitoramento para dar segurança processual, transparência e eficiência aos projetos de pesquisa do DSAST, porém, antes é preciso rever e explorar alguns pontos e dispositivos de controle que facilitarão a compreensão e ajudarão a análise. Entre eles, destaca-se o papel da governança na gestão processual em se planejar, organizar, direcionar e controlar. Este, o controle, não por acaso, tem relação direta com o tema do estudo e resulta em ações de acompanhamento, medições e avaliações de desempenho, que implicam em planos de ações, a fim de se garantir o alcance das metas e dos objetivos de forma efetiva, ou seja, o controle tem a função de trazer integridade aos processos internos e manter a direção do que foi organizado e planejado.

O Ministério da Saúde em obediência ao Decreto n° 9.203, de 22 de novembro de 2017, que institui a governança na Administração Pública Federal, determinou a todos vinculados a ela que instituíssem suas próprias políticas de gestão de risco, que no caso do Ministério se deu por meio da Portaria 1.822/2017, em que define como rotina o seguinte fluxo:

- Identificar Riscos;
- Desenvolver Critérios de Avaliação;
- Avaliar Riscos;
- Avaliar a Interação dos Riscos;
- Priorizar Riscos; e
- Responder ao Risco. (Portaria 1.822/2017)

Talvez esteja se perguntando o porquê de se estar abordando esse assunto, mas é muito simples, é que as três situações-problema vão ao encontro do relatório do Tribunal de Contas da União - TCU de 2018, quanto à exposição da Administração Pública Federal a fraude e corrupção, assim como do relatório de auditoria da Controladoria Geral da União - CGU de 2019, que evidencia a necessidade de se aplicar uma rotina de monitoramento dos processos de contratação no âmbito do Ministério da Saúde. Percebe-se nos quadros abaixo as reiteraões quanto à ausência de atuação do gestor do contrato na fiscalização e de monitoramento dos contratos acerca da Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, ausência essa também evidenciada nas situações-problema, em que os riscos só foram percebidos na prestação de conta.

Quadro V - Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando da ausência de atuação do gestor do contrato.

Ausência de demonstração da atuação do gestor do contrato, conforme a Portaria GM/MS nº 78/2006 e instrumentos contratuais pactuados.	
<u>Recomendação 157375:</u>	
Instituir sistemática com a finalidade de supervisionar a atuação dos gestores do contrato, encaminhando ao órgão competente para instauração de Processo Administrativo Disciplinar, quando necessário.	
<u>Monitorando</u>	<u>08/04/2019</u>
Histórico	
Posicionamento da CGU em 28/12/2018: Reiteração	
Tendo em vista o decurso de prazo sem manifestação, reiteramos o gestor federal a apresentar informações atualizadas acerca das providências adotadas.	
Posicionamento da CGU em 20/11/2017: Reiteração	
Não informação de providências sobre o atendimento das recomendações expedidas, nos prazos concedidos.	
Posicionamento da CGU em 07/08/2017: Reiteração	
Considerando a resposta apresentada pelo gestor, verificou-se que a recomendação elaborada pela equipe permanece pendente de atendimento, tendo em vista que até o momento não foi apresentada a sistemática instituída para supervisionar a atuação dos gestores do contrato.	
Manifestação do Gestor em 08/04/2016: Encaminhamento de providências	
O gestor encaminhou informações quanto às providências adotadas por meio Nota Informativa Nº 89, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS (anexa)	

Fonte: Relatório de acompanhamento recomendações, CGU, 2019.

Quadro VI - Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando a ausência de monitoramento pela SVS.

<u>Constatação 1.2.1.11.:</u>	
Ausência de monitoramento efetivo pela SVS, na utilização dos insumos estratégicos por Estados e Municípios, o que aumenta o risco de perda e má utilização dos insumos distribuídos.	
<u>Recomendação 174765:</u>	
Apresentar a comprovação das medidas citadas abaixo, assim que forem executadas, para elidir o problema de ausência de monitoramento efetivo da utilização dos estoques municipais e estaduais de insumos, distribuídos pela SVS:	
I) reforçar as capacitações junto aos estados e municípios sobre o planejamento, armazenamento, transporte e manejo de insumos;	
II) realizar verificação quando da realização das supervisões técnicas locais;	
III) condicionar a liberação de insumos à atualização dos dados de estoques no Sies;	
IV) solicitar ao Denasus a realização de fiscalizações no gerenciamento dos estoques dos entes citados.	
<u>Monitorando</u>	<u>11/02/2019</u>
Histórico	
Posicionamento da CGU em 13/12/2018: Reiteração	
Reiteramos o posicionamento desta CGU que considerou atendidos os itens I, III e IV da recomendação. Porém, quanto ao item II, para comprovar sua implementação, a unidade deverá encaminhar relatório de supervisão técnica local, realizada recentemente, que demonstre a verificação das condições dos estoques de insumos dos	

Fonte: Relatório de acompanhamento recomendações, CGU, 2019.

Percebe-se nas situações-problema que o simples monitoramento talvez já teria sido suficiente para se evitar as entropias, no entanto, o ideal é que o acompanhamento seja realizado com uso de ferramentas capazes de medir desempenhos, aferir resultados, avaliar indicadores, ou seja, aplicando matrizes de risco e utilizando painéis de controle. Veja abaixo outro apontamento agora quanto à inexistência de planejamento de integração das ações da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS junto aos estados e municípios.

Quadro VII - Texto extraído do relatório de acompanhamento e recomendação do Sistema Monitor da CGU apontando a inexistência de instrumento de planejamento.

<u>Constatação 1.2.1.5.:</u>	
Inexistência de instrumento de planejamento formal integrando as atividades de cooperação técnica realizadas pelas diversas áreas da SVS junto a Estados e Municípios.	
<u>Recomendação 174761:</u>	
Elaborar instrumento de planejamento formal das atividades de cooperação técnica, integrando as ações realizadas pelas diversas áreas técnicas da Secretaria, com a finalidade de otimização do uso dos recursos.	
<u>Monitorando</u>	<u>23/04/2019</u>
Histórico	
Posicionamento da CGU em 28/12/2018: Reiteração	
Tendo em vista o decurso de prazo sem manifestação, reiteramos o gestor federal a apresentar informações atualizadas acerca das providências adotadas.	
Posicionamento da CGU em 04/05/2018: Reiteração	
Tendo em vista o decurso de prazo, reitera-se a recomendação para manifestação do Departamento	
Posicionamento da CGU em 09/01/2018: Reiteração	
A manifestação atual, consubstanciada na Nota Informativa nº 13/SEI/2017-DEGEVS/SVS/MS, de 04/09/2017, demonstra-se ser restrita às competência do DEGEVS. Por isso, aponta que o atendimento desta recomendação deve ser realizado pelo Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis-DEVIT/SVS/MS.	

Fonte: Relatório de acompanhamento recomendações, CGU, 2019.

A inexistência de um instrumento de integração entre estados e municípios é similar ao problema de comunicação vivenciados nas situações-problema, em que a simples sistematização dos processos e uma ferramenta para interligar os atores dos contratos, facilitando a comunicação, atribuindo responsabilidades e definindo prazos, seria suficiente para evitar refluxos e customizar processos.

Ante ao exposto, conclui-se que o simples monitoramento poderia ter evitado os transtornos das três situações-problema, bem como ter respondido às recomendações da

Controladoria Geral da União – CGU e fica então evidenciado a necessidade de se desenvolver um mecanismo de controle e monitoramento no âmbito do DSAST.

4.4 Sugestão de um Mecanismos de Controle e Monitoramento para o DSAST

A ideia inicial era realizar esse monitoramento por meio de planilhas eletrônicas, uma vez que os Sistemas existente (SICONV e GESCON) se limitavam a registros orçamentários, financeiros e formalização contratual, mas não acompanhavam a execução física dos projetos e nem dispunham de módulos de monitoramento e avaliação por meio de indicadores. Todavia, visto a necessidade de atender as normas e os preceitos legais, bem como cumprir as exigências de governança e de controle interno da Administração Pública Federal e dos Órgãos de Controle apontados nos relatórios de auditorias, era imprescindível a adoção de uma ferramenta computacional sistematizada. O primeiro passo foi mapear os processos acerca do DSAST e de se entender toda sistemática do Ministério da Saúde na confecção dos contratos de convênio, TED e carta acordo. O esquema lógico que envolve essa sistemática dos contratos no âmbito do DSAST foi destrinchado em planilhas, fluxos e mapeamento dos processos, o que possibilitou identificar com propriedade uma ferramenta que contemplasse os requisitos e as características necessárias para o monitoramento.

A ferramenta escolhida tinha ainda que contemplar as boas práticas administrativas de gestão pública como gerenciamento de projetos, gráficos, relatórios gerenciais, matrizes e painéis de controle, tudo para tornar o processo de tomada de decisão mais seguro e eficiente. Uma característica imprescindível que essa ferramenta teria que ser capaz de realizar era de conectar todos os pontos e interlocutores acerca das etapas dos projetos de pesquisa, medir o desempenho das metas e registrar em um banco de dados os resultados pactuados. Após analisar inúmeras ferramentas de plataforma livre, sem custo, previstas no cardápio da Administração Pública Federal, chegou-se então a uma tecnologia denominada Redmine. Ele é um software que opera dentro de uma plataforma web, o que a torna facilitadora na disponibilização de acesso, sendo possível utilizá-la como aplicativo em aparelhos celulares e tablets.

Para implementá-la foi imprescindível mapear os processos em três blocos com o intuito de identificar métodos adequados de planejamento, de monitoramento e formas de integração das etapas dos processos de projetos de pesquisa e de redesenho dos fluxos de trabalho. Os blocos funcionaram na construção da ferramenta da seguinte forma:

1º Bloco – perspectiva processual no âmbito do DSAST:

- Alinhar a sua missão ao processo de avaliação dos projetos, em que fosse possível responder que valor público foi gerado para a sociedade e para o governo;
- Responder se os objetivos e metas foram alcançados em conformidade com o pactuado no plano de trabalho do objeto de pesquisa;
- Se as atividades e tarefas estão alinhadas aos requisitos estabelecidos no projeto básico da pesquisa; e
- Se os resultados pactuados foram entregues e geraram valor institucional e à sociedade.

Percebe-se que, na perspectiva processual o objetivo era de avaliar a essência técnica dos projetos do DSAST e alinhá-la à estratégia institucional, tendo a preocupação de vincular a sua missão à da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério da Saúde. Já o segundo bloco aponta a perspectiva da sociedade e do cidadão sob o ponto de vista da percepção do valor gerado pelos resultados dos projetos de pesquisas.

2º Bloco – perspectiva da sociedade e do cidadão quanto aos projetos de pesquisas do DSAST:

- Se a sociedade e governo tiveram suas necessidades e desejos atendidos, por meio dos projetos de pesquisa;
- Se o cidadão consegue perceber o valor gerado dos projetos desenvolvidos como provedores de ações em vigilância em saúde;
- Se os processos internos conseguiram fluir em conformidade com os preceitos legais e os normativos ocorrendo a retroalimentação/feedback; e
- Se os resultados entregues pelos projetos desenvolveram crescimento e aprendizados institucional.

Percebe-se que esse bloco teve a função principal de avaliar se os propósitos dos projetos de pesquisa atenderam à estratégia institucional da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério, enquanto que o terceiro bloco, de orçamento e finança, buscou medir e avaliar o esforço e os resultados aplicados pelo DSAST por meio dos seus projetos de pesquisa.

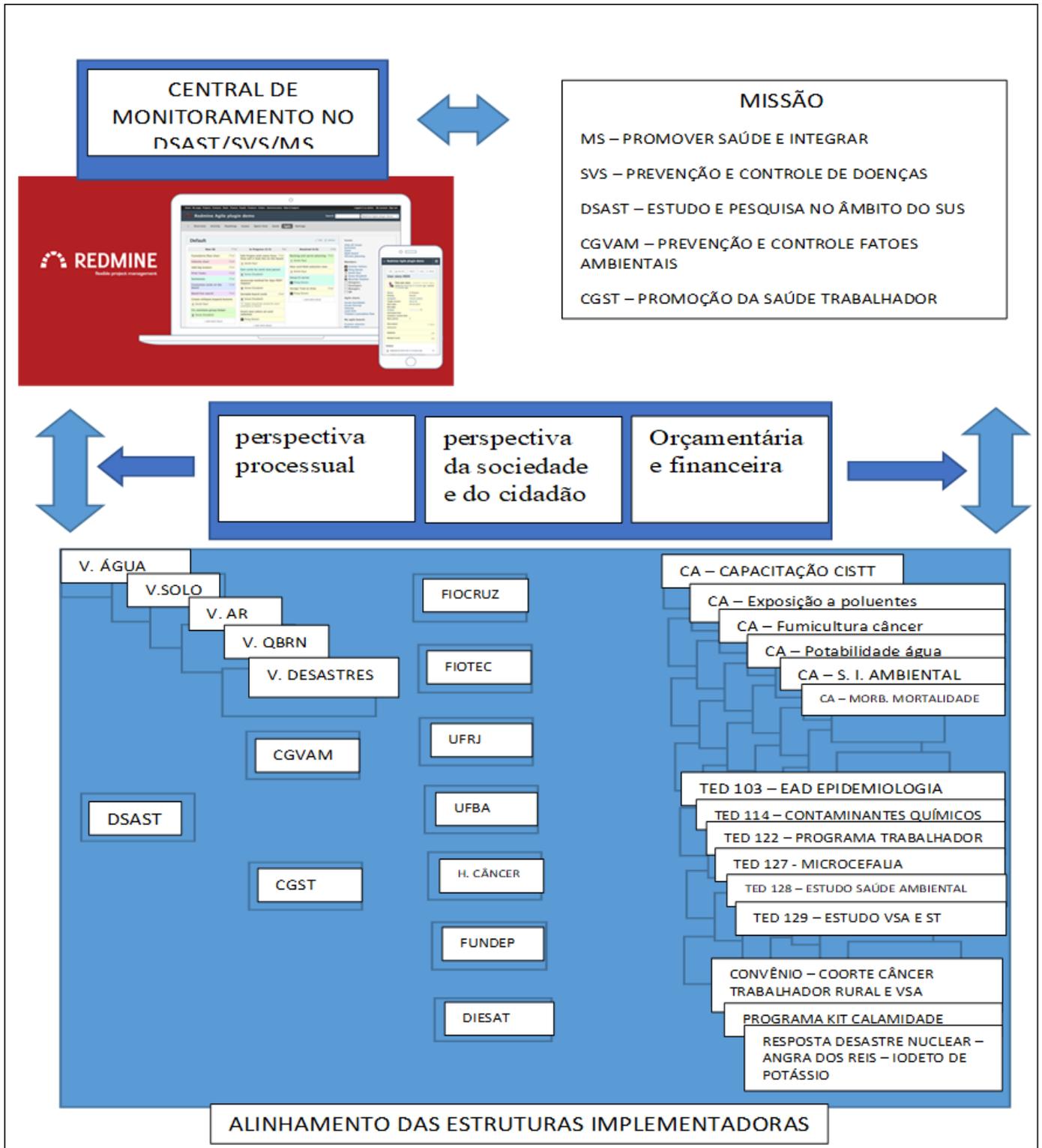
3º Bloco – Orçamentário e financeiro:

- Se a autorização dos pagamentos das parcelas é precedida de avaliação de execução física das metas pela equipe técnica do DSAST;

- Se a prestação de conta final do projeto é precedida de avaliação de execução física por parte da equipe técnica do DSAST; e
- Se a prestação de conta final do projeto é precedida de avaliação de execução orçamentária e financeira por parte da convenente.

A avaliação de execução orçamentária e financeira é realizada em conjunto com a equipe do DSAST e do Fundo Nacional de Saúde - FNS, sendo o DSAST responsável técnico e o FNS pelo financeiro. Na prática os três blocos foram programados para funcionar com troca de informação e integrando toda as etapas do processo de contratação dos convênios, TEDs e cartas acordos, desde seu planejamento, monitoramento e entrega/conclusão. Porém, conectar processos, atribuir responsabilidades, implementar canais de comunicação e gerir pessoas exige um esforço de conexão e a construção de uma arquitetura tecnológica capaz de desenvolver painéis de controle e um banco de dado capaz de suportar um grande volume de artefatos (relatórios, projetos básicos, planilhas, documentos, outros) que são gerados no ciclo de vida do projeto, sendo assim necessário se redesenhar os fluxos motores dos processos e apresentar uma nova estrutura matricial de gestão focada em resultados, conforme a figura abaixo.

Figura XVII - Redesenho da metodologia de implementação da gestão matricial de resultados no âmbito do DSAST.



Fonte: Elaboração própria, 2018).

Já o segundo passo tomado era de solicitar ao Datasus – Departamento de Infraestrutura de TI do Ministério da Saúde – a disponibilização de computador de grande capacidade de processamento (Servidor de alta performance) só para o DSAST. Depois a solução Redmine foi estudada a fundo para quando da liberação da plataforma tudo corresse em conformidade. Assim que foi feito o pedido ao Datasus, todo trabalho de mapeamento do DSAST foi iniciado, de forma que foram criados fluxos, mapas de competência e de responsabilidade, bem como uma análise situacional. Depois, foi iniciado o cadastramento dos projetos, um a um, e a primeira etapa da parametrização. A parametrização de um sistema é quando são definidos as nomenclaturas, padrões, acessos, níveis, comunicação, banco de dados, transmissão e relatórios e, em seguida, começou o cadastramento dos usuários, um a um, e nessa fase todo cuidado foi tomado na definição dos projetos que teriam acesso e a que campos e atividades.

Em seguida foi implementado o módulo de monitoramento e controle da plataforma, que é responsável pelos processos de acompanhamento, medição, avaliação, apresentação de gráficos e emissão de relatórios. A construção desse módulo foi por meio da adoção de painéis de controle, que no caso do DSAST foram criados os de execução física, orçamentário/financeiro e o de gestão de risco.

4.4.1 Painéis de Controle para o DSAST

O primeiro painel de controle criado foi o de execução física que desenvolveu os critérios de avaliação quanto à quatro perspectivas, sendo: de visão geral acerca do projeto; dos indicadores de medição de desempenho; dos documentos de apuração e vigilância do risco; e por último, os Stakeholders que são os atores envolvidos no processo. A figura abaixo mostra os critérios e os seus subcritérios usando pontuações que variam de 0 a 2 e o conceito de desempenho por percentual, que correspondem a execução dos projetos de forma que visam o monitoramento das atividades e das tarefas dos convênios, TEDs e cartas acordos no âmbito do DSAST.

Quadro VIII - Painel de controle de execução física criado para o DSAST.

CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO	
1	VISÃO GERAL
1.1	Grau de envolvimento da instituição conveniente
1.2	Inclusão e/ou exclusão do escopo do projeto
1.3	Exclusão de objetivos, atividades e/ou metas
2.	INDICADORES
2.1	•Indicadores do componente indução do processo de fomento à pesquisa em saúde.
2.2	•Indicadores do componente contratação e financiamento do processo de fomento à pesquisa em saúde.
2.3	•Indicadores do componente monitoramento da execução da pesquisa/projeto de desenvolvimento tecnológico.
2.4	•Componente de avaliação de resultados da pesquisa/projeto de desenvolvimento tecnológico.
3	CONTROLE INTERNO
3.1	Gestão de Risco
3.2	Relatório de Progresso
4.	STAKEHOLDERS
4.1	Participação do gestor do contrato
4.2	Participação do especialista técnico
4.3	Avaliação da instituição parceira

Fonte: Elaboração própria, 2018.

A fórmula para medição da execução física foi desenvolvida baseada em um Artigo do Instituto Nacional do Câncer-INCa, em que a métrica foi adaptada ao contexto do DSAST, conforme abaixo.

Quadro IX – Matriz de cálculo dos critérios de execução física.

NOTA 2		NOTA 1	NOTA 0
1	VISÃO GERAL		
1.1	Participa sem requerer solicitações	Participa quando solicitado	Não participa, mesmo que solicitado
1.2	Apresenta alteração (0 a 1)	Apresenta alteração, mantendo-se em padrão tolerável (2 a 3)	Apresenta alteração, acima do tolerado - (acima de 3)
1.3	Cumprimento integral de Objetivos, Atividades e/ou metas	Cumprimento parcial de Objetivos, Atividades e/ou metas	Descumprimento de Objetivos, Atividades e/ou metas
2.	INDICADORES		
2.1	Atividades realizadas (entre 95 a 100%)	Atividades realizadas parcialmente (94 a 70%)	Atividade não realizadas (desvio abaixo de 69%)
2.2	Atividades realizadas (entre 95 a 100%)	Atividades realizadas parcialmente (94 a 70%)	Atividade não realizadas (desvio abaixo de 69%)
2.3	Atividades realizadas (entre 95 a 100%)	Atividades realizadas parcialmente (94 a 70%)	Atividade não realizadas (desvio abaixo de 69%)
2.4	Atividades realizadas (entre 95 a 100%)	Atividades realizadas parcialmente (94 a 70%)	Atividade não realizadas (desvio abaixo de 69%)
3	GESTÃO DE RISCO/CONTROLE		
3.1	Não apresenta risco	Apresenta riscos gerenciáveis	Apresenta riscos não gerenciáveis
3.2	Resultado(s) atingido(s)	Resultado atingido parcialmente	Resultados não atingidos
4.	STAKEHOLDERS		
4.1	A emissão de pareceres ocorre conforme períodos planejados	A emissão de pareceres ocorre com atraso aos períodos planejados	A emissão de parecer não ocorre
4.2	Tem acompanhado frequentemente a execução das atividades, intervindo quando necessário	Tem acompanhado a execução das atividades, mas só intervem se solicitado	Não acompanha a execução das atividades
4.3	Implementa o projeto de forma autônoma não requerendo monitoramento ostensivo	Implementa o projeto de forma autônoma, requer monitoramento ostensivo	Não implementa o projeto de forma autônoma e requer monitoramento ostensivo

Fonte: Artigo do INCa.

Cada critério é medido por padrões de comportamento, atividades e tarefas desempenhada, competência e comprometimento, grau de risco (emitido pelo Painel de Gestão de Risco) e pelo nível de integração e envolvimento dos atores envolvidos nos projetos. Já o segundo painel, o orçamentário/financeiro, tem como característica acompanhar a execução das parcelas do projeto junto à instituição contratada. Essas parcelas, exceto a primeira, devem ser liberadas apenas depois da emissão do relatório de execução (modelo disponibilizado pelo FNS, anexo III) e aprovado pela área técnica demandante, após o processo fazer o fluxo determinado pelo FNS e ter sido aprovado pelo Secretário da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS e pelo Diretor do Fundo Nacional do Fundo. O painel seguirá a lógica abaixo a ser implementada no Módulo de Monitoramento do Redmine.

Quadro X – Painel de monitoramento da execução orçamentária/financeira.

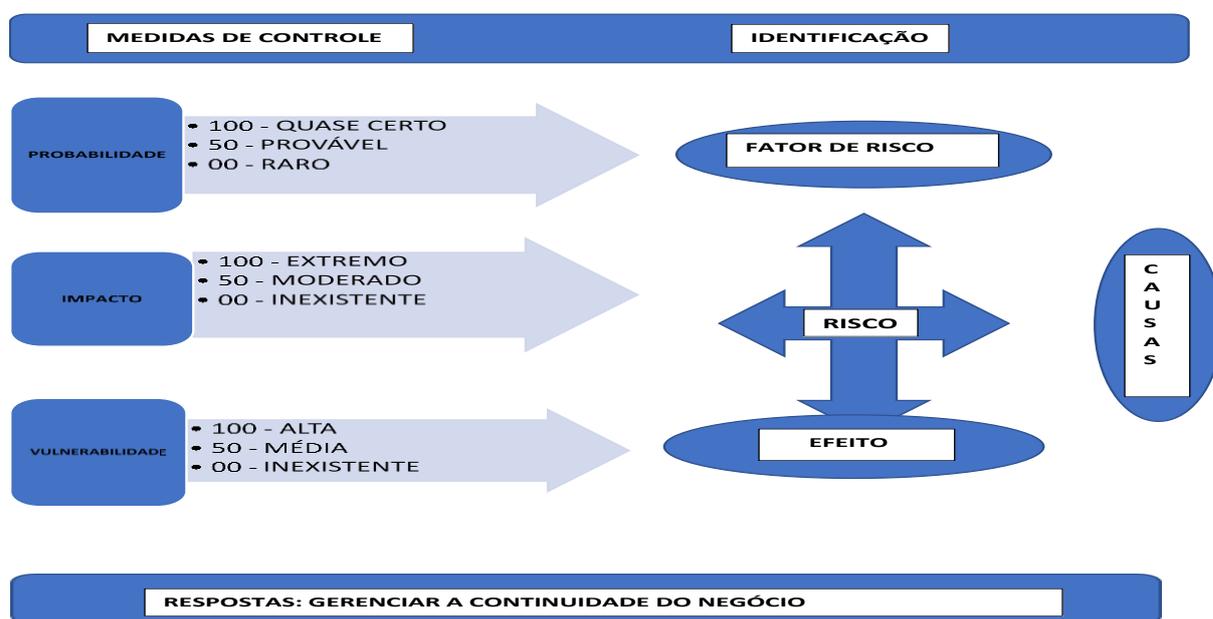
TED 122/2017					
2017		2018		2019	
Mês/Ano	Valor	Mês/Ano	Valor	Mês/Ano	Valor
dez/17	R\$ 55.000,00	mar/18	R\$ 181.500,00	abr/19	R\$ 82.500,00
dez/17	R\$ 5.000,00	set/18	R\$ 203.500,00	nov/19	R\$ 27.500,00
dez/17	R\$ 5.000,00	mar/18	R\$ 16.500,00	abr/19	R\$ 7.500,00
dez/17	R\$ 22.000,00	set/18	R\$ 18.500,00	nov/19	R\$ 2.500,00
dez/17	R\$ 5.000,00	mar/18	R\$ 16.500,00	abr/19	R\$ 7.500,00
dez/17	R\$ 60.000,00	set/18	R\$ 18.500,00	nov/19	R\$ 2.500,00
dez/17	R\$ 24.000,00	mar/18	R\$ 72.600,00	abr/19	R\$ 33.000,00
dez/17	R\$ 9.000,00	set/18	R\$ 81.400,00	nov/19	R\$ 11.000,00
dez/17	R\$ 55.000,00	mar/18	R\$ 16.500,00	abr/19	R\$ 7.500,00
		set/18	R\$ 18.500,00	nov/19	R\$ 2.500,00
		mar/18	R\$ 198.000,00	abr/19	R\$ 90.000,00
		set/18	R\$ 222.000,00	nov/19	R\$ 30.000,00
		mar/18	R\$ 79.200,00	abr/19	R\$ 36.000,00
		set/18	R\$ 88.800,00	nov/19	R\$ 12.000,00
		mar/18	R\$ 29.700,00	abr/19	R\$ 13.500,00
		set/18	R\$ 33.300,00	nov/19	R\$ 4.500,00
		mar/18	R\$ 181.500,00	abr/19	R\$ 82.500,00
		set/18	R\$ 203.500,00	nov/19	R\$ 27.500,00
TOTAL POR ANO	R\$ 240.000,00	TOTAL POR ANO	R\$ 1.680.000,00	TOTAL POR ANO	R\$ 480.000,00
VALOR TOTAL DO TED R\$ 2.400.000,00					
VALOR POR MÊS/ANO		VALOR POR MÊS/ANO		VALOR POR MÊS/ANO	
TOTAL EM 12/2017	R\$ 240.000,00	TOTAL EM 03/2018	R\$ 792.000,00	TOTAL EM 04/2019	R\$ 360.000,00
		TOTAL EM 09/2018	R\$ 888.000,00	TOTAL EM 11/2019	R\$ 120.000,00

Fonte: Elaboração própria, 2018

Por essa metodologia tanto o DSAST e a instituição coordenadora do projeto podem juntos cumprirem o cronograma orçamentário e assim resguardar com eficiência, eficácia e efetividade a liberação dos recursos da pesquisa e assim garantir os resultados e as entregas pactuadas na contratação. Cabe esclarecer que, a aplicação dos recursos financeiros é de responsabilidade da instituição contratada e ao FNS fiscalizar, sendo competência deste o envio do processo para tomada de conta especial, junto ao TCU, quando do desvio de finalidade ou ilicitude na prestação de conta. (Cartilha para apresentação de proposta ao Ministério da Saúde, BRASIL, 2018)

Já o terceiro painel, gestão de risco, tem justamente a tarefa de identificar os riscos acerca do ambiente interno e externo dos projetos no âmbito do DSAST, desenvolver critérios de avaliação e medir sistematicamente o comportamento das variáveis para poder priorizar e apresentar planos de respostas. O painel foi construído considerando os fatores de risco e as fragilidades aplicadas ao contexto do DSAST, conforme abaixo:

Figura XVIII – Painel de gestão de risco e controle Interno.



Fonte: Elaboração Própria, 2018.

O ponto sensível da gestão de risco está na identificação dos fatores de risco e das respectivas fragilidades dos projetos do DSAST, considerando historicamente os problemas já vivenciados nos projetos de pesquisa do Departamento.

Quadro XI – Fator de risco e fragilidades.

Fatores de Risco	Fragilidade
Pessoas (colaboradores)	Saída do Coordenadores da pesquisa
Escopo do projeto de pesquisa	Modificar o objeto do plano de trabalho/proposta
Política pública em saúde	Perda da razão do objeto - VICA
Recurso orçamentário	Interrupção dos repasses orçamentário/financeiro Baixo conhecimento da equipe técnica e das equipes de apoio
Processo de formalização	administrativo
Evento externo	Crise econômica, influência política, interesse conflitante, caso fortuito

Fonte: Adaptado da apostila do Curso de Gestão de Risco da CGU, 2018.

Os três painéis foram construídos para atender ao contexto prático do DSAST e um quadro geral do monitoramento (planilha abaixo) foi aplicado à plataforma Redmine para avaliação dos resultados, a fim de gerar relatórios gerenciais e facilitar a tomada de decisão.

Quadro XII – Planilha de avaliação final de resultado dos projetos do DSAST.

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO FINAL DE RESULTADO E INDICADORES						
RESULTADOS ALCANÇADOS	NENHUM 0%	POUCO 25%	RAZOÁVEL 50%	ADEQUADO 75%	TOTAL 100%	OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA
Alinhamento dos investimentos com a estratégia definida						
Comparação de investimentos dentro de uma mesma área temática						
identificação de pontos fortes e pontos fracos para a evolução do projeto						
Orientação com as diretrizes definidas						
Suporte às decisões internas de continuidade do projeto						
Identificação e orientação para sistematização						

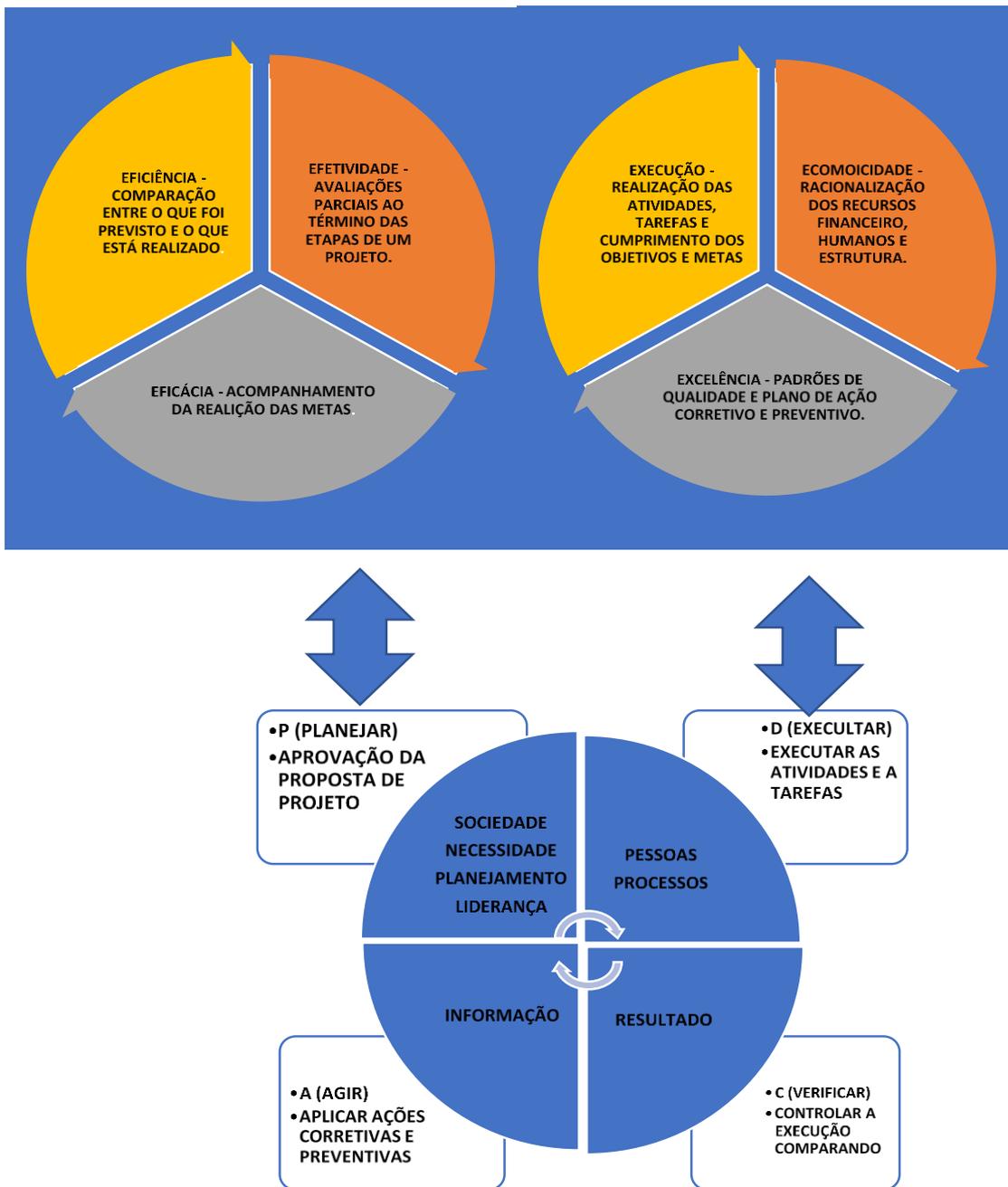
das melhores práticas						
Sustentação da comunicação e integração do projeto						
INDICADORES	NENHUM 0%	POUCO 25%	RAZOÁVEL 50%	ADEQUADO 75%	TOTAL 100%	OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA
Avaliar o alcance dos objetos geral e específicos						
Eficiência da execução do projeto com impacto direto no objeto						
Ganhos sociais diretos e indiretos com potencial transformador						
Nível de independência do projeto em relação a sua continuidade						
Relação do projeto com o objeto do Termo de Cooperação						
EXECUÇÃO DO PROJETO	NENHUM 0%	POUCO 25%	RAZOÁVEL 50%	ADEQUADO 75%	TOTAL 100%	OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA
Quais objetivos propostos e os objetos alcançados						
OE 1-						
OE 2-						
OE 3-						
OE 4-						
OG						
Indique a taxa de sucesso do projeto - objetivos alcançados X	NENHUM 0%	POUCO 25%	RAZOÁVEL 50%	ADEQUADO 75%	TOTAL 100%	OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA

propostos X cronograma						
Atividades previstas:						
A 1 -						
A 2-						
A 3-						
A 4-						
Resultados previstos alcançados:						
R 1-						
R 2-						
R 3-						
R 4-						
FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS E COMO CONTRIBUÍRAM OU DIFICULTARAM NA EXECUÇÃO DO PROJETO	FATOR 1	FATOR 2	FATOR 3	FATOR 4	FATOR 5	OBSERVAÇÃO/JUSTIFICATIVA
Positivos						
Negativos						

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

Essa metodologia foi inserida na plataforma Redmine no seu módulo de Monitoramento e Avaliação, que de forma automatizada fará essas medições conforme forem sendo abastecidos os marcadores de desempenho do projeto na própria plataforma, seguindo a rigor os indicadores estabelecidos, conforme abaixo.

Figura XIX – Metodologia que será introduzida ao Redmine no monitoramento.



Fonte: Adaptação do Ciclo PDCA criado pelo autor para o DSAST.

Por meio dos painéis e do quadro geral, o Redmine facilitará a operacionalização do acompanhamento dos processos e dos projetos de pesquisa gerando qualidade aos serviços e aos produtos finais, por se tratar de uma solução integrada e dinâmica.

4.4.2 Redmine: uma solução Integrada para o DSAST

A escolha do Redmine se deu principalmente por poder trabalhar com múltiplos projetos ao mesmo tempo; por rodar em uma plataforma web de fácil acessibilidade, podendo inclusive ser acessado de um aparelho celular ou tablete; e não ter custo de licenças e de implementação, por se tratar de um software livre. Outro fator relevante na sua escolha é que ele faz parte do elenco de software do Catálogo Público Brasileiro de Software (<https://softwarepublico.gov.br>), o que o torna permeável a toda Administração Pública Federal e possível de ser disseminado por todo Ministério da Saúde, bem como a qualquer outro Órgão da Federação. Além do mais é importante esclarecer que o DATASUS o utiliza para outros desenvolvimentos e possui técnicos para suporte e treinamento na plataforma por meio do endereço: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/gestao/redmine>.

Para acessar a plataforma do DSAST basta ser cadastrado pelo administrador do sistema e definir login e senha, conforma abaixo:

Figura XX – Tela de acesso à plataforma do Redmine do DSAST.



Fonte: Site da plataforma do DSAST – www.mpps.saude.gov.br.

A tela principal tem na parte superior esquerda as abas de comando que mostram as funções do sistema como: Página Pessoal, que são as tarefas atribuídas ao usuário e também as que ela criou dentro do sistema; Projetos, que é a relação de todos os convênios, TED's e cartas acordo criados, assim como dos respectivos subprojetos que no caso do DSAST são as metas; e a última é a aba Administração, que é utilizada para desenvolver as parametrizações, cadastrar

usuários e até grupos de usuários, define funções (papéis) e permissões, tipos de cadastro, estado e fluxos operacionais.

Figura XXI - Tela do Redmine com as abas de funções na plataforma do DSAST.



Fonte: Site da plataforma do DSAST – www.mpps.saude.gov.br.

Ainda nas abas das funções do Redmine se clicar em um determinado projeto, por exemplo o TED 122/2017, será possível acessar o projeto principal e seus subprojetos, em que todos estão interligados, assim como suas atividades e tarefas e quando se atribui uma determinada tarefa a um usuário ele recebe também um e-mail na sua caixa postal, informando que há uma tarefa pendente aguardando sua ação, sendo tudo graficamente monitorado pela ferramenta e são avisados sistematicamente que o tempo de resposta ou para executar uma tarefa está expirando. Tudo fica registrado em relatórios de desempenho e os documentos gerados ficam armazenados em um repositório de alta capacidade (banco de dados).

Figura XXII - Tela do Redmine do projeto TED 122/2017 com os seus subprojetos.

TED 122/2017 - PNSTT Procurar:

+ [Visão geral](#) [Atividade](#) [Tarefas](#) [Charts](#) [Gantt](#) [Calendário](#) [Notícias](#) [Documentos](#) [Wiki](#) [Ficheiros](#) [Configurações](#)

Visão geral + Novo sub-projeto Fechar

Conhecimentos e tecnologias voltados para o fortalecimento de ações prioritárias do PNSTT
 SEI: 25000.483810/2017-77
 TED 122/2017
 Proposta: 337810550001170-48
 Coord. Geral do Projeto: Dr. Guilherme
 Valor: R\$ 2.400.000,00
 Tema: Conhecimento e tecnologia voltados para o fortalecimento de ações prioritárias nacionais para a implementação da PNSTT
 Objeto: Fortalecimento das ações prioritárias nacionais de saúde do trabalhador e da trabalhadora.
 Obj. Geral - Realizar pesquisas, ações, estudos e capacitações para implementação da PNSTT.

Sub-projetos
 META 1, META 2, META 3, META 4, META 5, META 6, META 7, META 8, META 9

Tempo gasto
 0.00 hora
[Tempo de trabalho](#) | [Detalhes](#) | [Relatório](#)

Scrum plugin tips

- "Story points custom field" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)
- "Product backlog items" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)

Fonte: Site da plataforma do DSAST – www.mpps.saude.gov.br.

Figura XXIII - Tela do Redmine de tarefas criadas e atribuídas a um usuário do DSAST.

Monitoramento dos Processos de Projetos de Pesquisa em Saúde - MPPS Procurar:

Página Pessoal Personalizar esta página

Tarefas atribuídas a mim (1)

#	Projeto	Tipo	Assunto
1	TED 129/2018 - TRÉS EM UM	Cadastrar projeto	Cadastramento da pesquisa de Câncer do Hospital de Barretos (Em andamento)

Tarefas criadas (2)

#	Projeto	Tipo	Assunto
2	META 1	Cadastrar projeto	Está em fase de análise documental e financeira da OPAS. (Em andamento)
1	TED 129/2018 - TRÉS EM UM	Cadastrar projeto	Cadastramento da pesquisa de Câncer do Hospital de Barretos (Em andamento)

Scrum plugin tips

- "Story points custom field" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)
- "Product backlog items" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)
- "Tasks" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)
- "Task statuses for Sprint board" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)
- "PBI statuses for Product backlog & Sprint board" plugin setting isn't configured, you can configure it in [Administration » Plugins » Scrum Redmine plugin](#)

Fonte: Site da plataforma do DSAST – www.mpps.saude.gov.br.

Cabe também esclarecer que o Redmine é muito mais que um sistema gerenciador de projetos, ele é uma ferramenta capaz de fazer controle, planejamento, organizar processos e fluxos de operação, além de emitir variados tipos de relatórios que podem ser montados pelo próprio usuário, conforme sua necessidade, ter grande capacidade de armazenagem, tem a capacidade de construir qualquer tipo de gráfico, possibilita charts e muitas outras funções de comunicação. Assim, a escolha do sistema ocorreu por ser uma plataforma segura, ágil, transparente, integrada e eficiente na gestão dos projetos de pesquisa no âmbito do DSAST.

O mapeamento dos processos acerca dos projetos de pesquisa do DSAST, bem como a criação das matrizes de risco e dos painéis de controle, possibilitou estruturar a plataforma para o contexto do Departamento e atender de forma precisa ao propósito da dissertação que era de apresentar uma proposta de aprimoramento da gestão processual e melhorar a governança dos seus projetos de pesquisas. Entretanto, cabe esclarecer que a plataforma ainda está em processo de construção e adequação com data de conclusão prevista para julho de 2019.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou estudar a gestão dos projetos de pesquisa no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador-DSAST/SVS/MS, a fim de se apresentar uma proposta de aprimoramento com foco no monitoramento das contratações dos convênios, TEDs e Cartas Acordo. Logo no início do ano de 2018 se identificou a situação problema, em que se questionava a eficácia dos mecanismos de desenvolvimento dos projetos de pesquisa quanto a serem adequados e suficientes, no que referia ao monitoramento. Fato esse registrado pelo relatório de dezembro de 2018 do TCU, quanto à probabilidade de fraude e corrupção nos Órgãos com alto poder econômico e regulador, cujo Ministério da Saúde aparece em uma área quente (vermelha) com altíssimo risco e exige das autoridades ações de controle e de monitoramento.

Na sequência do estudo foi apresentado outra auditoria, agora da CGU, que apontava reiteradamente a ausência de mecanismos de monitoramento e recomenda desde 2015 que fossem adotadas medidas punitivas e de planejamento formal das atividades de cooperação técnica, integrando as ações realizadas pelas diversas áreas técnicas da SVS. No relatório o DSAST foi citado em dois momentos: primeiro quanto à ausência de demonstração de atuação de gestor do contrato, em que o Órgão de Controle recomenda a construção de um modelo sistemático de acompanhamento com a finalidade de supervisionar a atuação do gestor de contrato; já o segundo constata a inexistência de um instrumento de planejamento que integre as atividades de cooperação técnica realizada dentro do DSAST junto aos estados e aos municípios. Observa-se que a CGU recomenda a imediata implementação de um procedimento sistemático que permita o monitoramento dos projetos de pesquisa acerca do DSAST.

No entanto, a questão era que mecanismos poderiam ser criados para melhorar a governança no DSAST e como construí-lo em consonância com os aspectos teóricos, legais, práticos e, principalmente, qual ferramenta tecnológica poderia ser adotada que se adequasse à estrutura do Departamento e do Ministério da Saúde. Logo, o primeiro passo foi desenvolver um entendimento teórico capaz de dar sustentação técnica ao estudo com a investigação dos conceitos, dos aspectos formais processuais e legais no que se referia a governança, gestão processual, monitoramento, indicadores, gestão de risco, procedimentos e rotinas. Depois como o objeto do trabalho era de se desenvolver o estudo da gestão dos projetos de pesquisa realizados no âmbito do DSAST e, assim apresentar uma proposta de aprimoramento com foco no

monitoramento, buscou-se identificar os fluxos de contratações e situações-problemas para só então poder apresentar sugestões e recomendações de melhorias, bem como de uma ferramenta computacional que integrasse os processos e os atores envolvidos.

Ao adentrar no referencial teórico se observou que a gestão tem a pretensão de gerenciar uma ou várias ações de forma sistemática, enquanto que a governança tem seu conceito associado à capacidade de intervenção do Estado, que a partir da constituição de 1988 adota a esse conceito a eficiência e o controle. Já com a reforma do Estado na década de noventa a Administração Pública foi obrigada a se repensar sob o contexto do bem-estar social com a participação amplificada da sociedade, das entidades civis e de todos os envolvidos no desenvolvimento de políticas públicas. Essa forma amplificada fez com que a sociedade não só fosse ouvida, mas passasse a fazer parte do controle das atividades e dos processos de tomada de decisão.

Um dos fatores relevantes para a governança e para a gestão processual é o monitoramento, pois é por meio dele que se pode assegurar os resultados à sociedade em questões de políticas públicas. Saindo de uma escala macro ambiental e permitindo afunilar para o DSAST o conceito de governança é constituído por ciclos administrativos que devem produzir resultados. No entanto, esse mecanismo sofre desgastes e pode não produzir seus resultados de forma efetiva, eficiente e eficaz e é aí que o monitoramento deve atuar identificando e tratando essas entropias, assim, descrever os aspectos de governança e monitoramento (OE-1) deu suporte teórico necessário para se mapear os processos dos projetos de pesquisa no âmbito do DSAST, em que, identificando-se os procedimentos e as rotinas (OE-2), constatou-se que o ato de monitorar nada mais é que o de acompanhar o desempenho por meio de indicadores capazes de aferir a efetividade, a eficiência, a eficácia, a execução, a economicidade e a excelência dos processos internos. Contudo, observa-se que acompanhar e medir o desempenho não era suficiente para garantir a entrega dos resultados de um projeto e frente à complexidade das variáveis ambientais era preciso também identificar e tratar os riscos do negócio.

Dessa forma, a gestão de risco entra no contexto de se precaver e se antecipar aos possíveis riscos inerentes aos projetos de pesquisa no âmbito do DSAST, mas para isso era preciso mapear os riscos e compará-los aos processos operacionais e administrativos acerca do DSAST (OE-3). Foi preciso ainda, sobre todo contexto do Ministério da Saúde, espelhá-lo nos sistemas e cadastros do Fundo Nacional de Saúde (OE-4), a fim de descrever as fortalezas e

ameaças no âmbito dos processos internos do DSAST acerca dos seus projetos de pesquisa (OE-5). Observa-se que, no primeiro aspecto situacional estudado acerca do DSAST se levantou como se dava o monitoramento dos projetos de pesquisa; depois três situações-problemas foram apresentadas e analisadas e; por fim, ante a todo arcabouço, foram apresentadas propostas ao DSAST de modelos de monitoramento, de matrizes de riscos e de painéis de controle capazes de acompanhar o desempenho dos projetos de pesquisa (OE-6), bem como de uma ferramenta computacional chamada de Redmine, que integrou as atividades acerca dos projetos de pesquisa, por meio de uma plataforma web, a todos os atores envolvidos, atribuindo tarefas e responsabilidades.

Sua sistemática foi pensada na estrutura dos painéis e das matrizes de gestão e de controle, mas não com o intuito de tornar o processo ainda mais pesado ou burocratizado, muito pelo contrário, a pretensão da ferramenta computacional ora desenvolvida tinha a pretensão de fluir com leveza e suavidade, sem se tornar mais um obstáculo aos técnicos, pesquisadores e coordenadores das pesquisas no âmbito do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador-DSAST, proporcionando segurança e eficiência na indução dos projetos, fossem eles convênios, TED's ou cartas acordos.

Para isso os módulos (também chamados de *pluglin*) do Redmine foram exaustivamente pensados, a fim de que refletissem a realidade do dia a dia dos atores envolvidos, de forma simples e operacional, em que um usuário mesmo nunca tendo contato com a tecnologia pudesse operá-lo sem dificuldade, tendo apenas que utilizar o *mouse* ou um cursores, que clicasse em botões de múltipla escolha e com os campos de descrição de utilização abertos pudessem registrar de forma confortável e livre seus pareceres de méritos e relatórios de desenvolvimento, bem como qualquer outro tipos de documento, que assim o quisesse fazer seus relatos.

Os campos das tarefas e das atividades foram construídos sob à luz do que se observou no referencial teórico e durante o processo de mapeamento, tornando-os leves quanto a escolha e suaves nas definições, de forma que poupasse tempo e desse agilidade no desenvolvimento das metas, ganhando em produtividade, mas sem perder em segurança. Ou seja, com num (um) único toque poderiam escolher entre uma lista os tipos, atividades, estado, situação, a quem atribuir a tarefa, o prazo de execução e, quando necessário, poderiam apensar o documentos que quisesse, independente do seu formato (PDF, Word, Excel, desenho, fotos) e, tudo isso, de forma suave e ágil.

Percebeu-se que, os técnicos, os pesquisadores e os coordenadores poderiam se tornar grandes usuários sem ao menos terem sido treinados e, também, poderiam contar com um riquíssimo mecanismo de monitoramento por meio de relatórios, gráficos e registros de todos os atos, ações e fluxos das pesquisas, de forma que em qualquer momento os membros da equipe poderia acionar outros e envolvê-los nas análises e tomadas de decisão da forma mais refinada sob o ponto de vista técnico e, principalmente, independente da sua localidade ou região, bastando estar apenas conectado à internet.

A emissão de avisos por email a todos os membros do projeto, alertando, avisando de tarefas enviadas ou recebidas, de prazos e reiterando esses alertas e avisos em momentos oportunos deu ao processo de monitoramento o que se acredita ser a linha protetora e indutora da gestão de risco. Esse mecanismo trouxe principalmente aos pesquisadores dos projetos, que estão imersos nas suas linhas de pesquisas e em campo, a garantia de que nada passaria despercebido e mais, que poderiam agir com tempo e segurança na escolha de outras alternativas ou indutores da pesquisa e com isso traria harmonia ao desenvolvimento do processo de pesquisa e do seu monitoramento.

Ao colocar a ferramenta Redmine em prática no Departamento, a primeira impressão dos usuários foi de desconfiança, mas depois foi impressionante como as equipes foram resilientes e compraram a ideia e a plataforma foi ganhando corpo e a débitos e atualmente, por incrível que possa parecer, o Redmine está sendo implementado em toda Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS e, também, sendo estudada pela Secretaria Executiva para o monitoramento das ações do PPA de 2020 a 2023.

Conclui-se que, o objetivo geral que era de analisar os processos de gestão referentes aos projetos de pesquisas no âmbito do DSAST visando a melhoria da governança foi alcançado e, após a confirmação da situação-problema e os artefatos que foram gerados durante o mapeamento, da análise processual e proposição de uma ferramenta informatizada, por fim, ante ao exposto em todo trabalho, acredita-se ter atingido os objetivos, porém, cabe esclarecer que o processo de desenvolvimento do Redmine ainda está em fase de alimentação e de parametrização dos usuários, bem como, sendo construído seu módulo orçamentário e financeiro e a previsão para finalizar a sua implementação é em julho de 2019.

Apesar do estudo ter concluído o seu propósito, observa-se que as categorias de Coordenação e Cooperação poderiam ter sido exploradas na pesquisa, mas por questões de

tempo e de finalidade não se aprofundou conceitualmente nelas, ficando aberto aos que se interessarem pelo tema e/ou a trabalhos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

ALEXANDER, Ernest R. Interorganizational coordination: theory and practice. *Jornal of Planning Literature*, v. 7, n. 4. P. 328-343, may 1993.

ALTOUNIAN, Cláudio Sarian. *Gestão e governança pública para resultados: uma visão prática*/Cláudio Sarian Altounian, Daniel Luiz de Souza, Leonard Resse Guimarães Lapa. – Belo Horizonte: Fórum, 2017.

AROUCA, Sérgio. 'Saúde e Democracia: reflexão acadêmica e ação política'. In *Movimento sanitário brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios – memórias*.

BARZELAY, M. Central Auditing Instituto and Performance Auditing: a comparative analysis of organizational strategica in the OEDC. In *Governance: na International Journal of Policy and Administration*

BECKER D, EDMUNDO K, NUNES NR, BONATTO D, SOUZA R. Emporwerment e Avaliação participativa em um programa de desenvolvimnto local e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004.

BENCHIMOL, J. *Epidemias e Medicina no Brasil Império (1822-1889)*. Pré-Univesp, SP, 2010. Acessadonositettptp://www.univesp.ensinosuperior.sp.gov.br/preunivesp/657/epidemia-s-e-medicinano-brasil-imp-rio-1822-1889-.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Mais Gestão é mais Saúde: Governança para resultados no Ministério da Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. *Convênios e outros repasses / Tribunal de Contas da União*. – 6ª ed. – Brasília: Secretaria-Geral de Controle Externo, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. *Cartilha para apresentação de proposta ao Ministério da Saúde: 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva: - Brasília: Ministério da Saúde, 2018*.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Guia Referencial para Medição de Desempenho e Manual para Construção de Indicadores*. Brasília: MPOG, 2009.

- BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (SEPROG). Manual de Auditoria Operacional. Brasília. TCU, 2010. Ed. 3.
- BRASIL. Apostila do Curso de Gestão de Risco. CGU, 2018
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracy and Public Management Reform: Building the Republican State. Oxford University Press, 2004.
- BROWN, DAVID; WADDELL, Steve. Fostering intersectoral partnering: a guide to promoting cooperation among government, busines, and civil Society actors. Boston: Institute for Development Research, 1997 (IDR Reports, v. 13. N3).
- BROUSSELLE, Astrid (Org.). Avaliação: conceitos e métodos./ organizado por Astrid Brousselle... (et. Al0; tradução de Michel Colin. – Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011.
- CAZARIN G, MENDES MFM, ALBURQUERQUE KM. Perguntas Avaliativas. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, Organizadores. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.
- CHISHOLM, d. (1989) Coordnation Without Hierarchy (Berkeley: Universit of California Press).
- CELLARD, A. A Análise documental. In. Poupart, J. et al. Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- DÁ-SILVA, Jackson Ronie. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. Jackson Ronie Dá-Silva, Cristóvão Domingos de Almeida e Joel Felipe Guindani. Ano I – Número I – julho de 2009.
- ELIAS, Flávia Silva. Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. Luis Souza. 2006.
- GIL, Antonio Carlos, 19946 – Como elaborar projetos de pesquisa/Antonio Carlos Gil. – 4ª ed. – São Pailo: Atlas, 2002.
- GONTIJO, José Geraldo Leandro. Associativismo, instituições híbridas, Estados e governo: estabilidade e desempenho institucional. 2009.
- HTTPS: www.ibgc.org.br – Instituto Brasileiro de Governança Corporativa-IBCG.
- IPEA, Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil: Elementos para ressignificar o debate e capacitar o Estado. José Celso Cardoso Jr.

Joint Committee on Standards for Education Evaluation. Stufflebeam DL (1999). Metaevaluation Checklist (www.wrnich.edu). Acessado em dezembro de 2004.

LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos de metodologia científica/Maria de Andrade Marconi, eva Maria Lakatos. – 5ª ed. – São Paulo: Atlas 2003.

LANGMUIR, AD. An appreciation of Karel Raska. Int. J. Epidemiol. (1988) 17 (3): 491

492. Ministério da Saúde. Organograma da estrutura atual do Ministério da Saúde.

2012.<http://www.google.com.br/imgres?imgurl=http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/jpg/organograma>.

KISSLER, LEO, HEIDEMANN, FRANCISCO G. Governança Pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? Revista de Administração Pública. Vol. 40, nº 30. Rio de Janeiro. May/june 2006.

MARINE, Caio; FALCÃO-MATIAS, Humberto. Caio Martis e Humberto Falcão Martins. Governança em Ação – Volume 3. Publix Editora, 2012.

MATUS, Carlos. Planejamento Estratégico – Situacional. In: Uribe Rivera, F.G.; Matus, C.; Testa, Mário. Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, Edson. A Gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático/Edson Nunes: prófácio Luiz Carlos Bresser Pereira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. Brasília. DF; ENAP, 1997.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPS. Division de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *El uso de la investigación en las reformas del sector de la salud en America Latina y Caribe: informe sobre el foro regional: Salvador–2000*. [S.l.: s.n.], 2001a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Ad hoc Committee on Health Research relating to future intervention options: investing in health research and development*. Washington, 1996.

Organização Mundial de Saúde. [site da Internet]. Disponível em: <http://www.who.int>

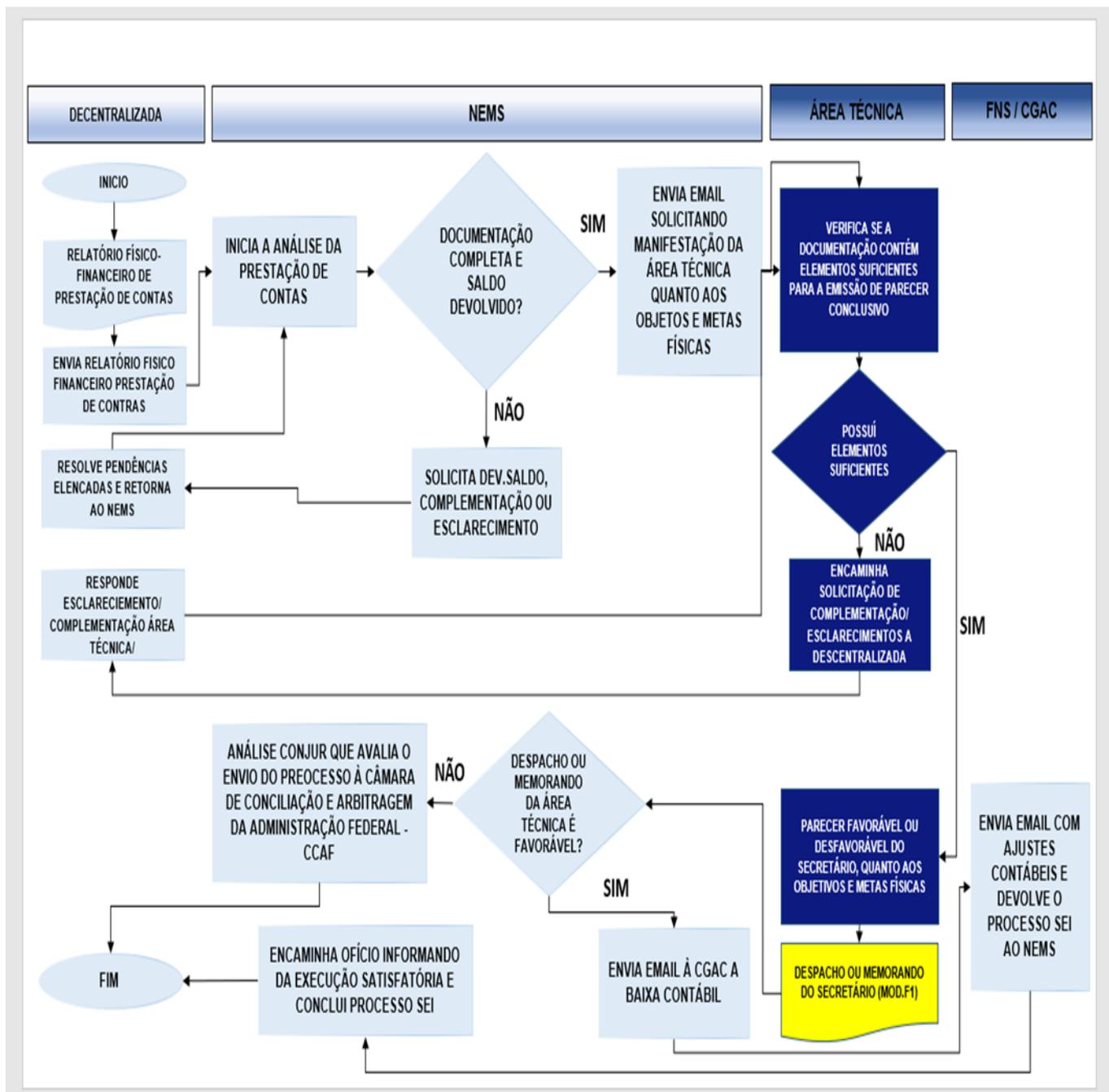
PETERS, B. Guy. Concepts and theories of horizontal policy managent. X Congresso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile. 18-21 oct. 2005.

- PETERS, B. Guy. Managing horizontal governance: the politics of coordination. *Public Administration*, v. 76, n. 2, p. 295-311, Summer 1998.
- REGENS, J. L. (1998) Institutional Coordination of Program Action: A Conceptual Analysis, *International Journal of Public Administration* 11, 135-54.
- REPETTO, Fabián. La Dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas em América Latina. In: REPETTO, Fabián (Org). *LA gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social em América Latina*. Ciudad de Guatemala: Magna Terra, 2005.
- ROUSSEAU, Jean-Jaque. *Du contract social*. In: *Oeuvres Complets, III*. Paris: Editions Gallimard, 1964.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos, 1935- *O Paradoxo de Rousseau: uma interpretação democrática da vontade geral* / Wanderley Guilherme dos Santos. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. *Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas*. Departamento de Medicina Preventiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1999.
- WORTHEN RB, SANDERS JR, FITZPATRICK JL. *Identificação e Seleção de perguntas e critérios. Avaliação de programas: concepção e prática*. São Paulo; Editora Gente, 2004

APÊNDICE I – Procedimentos legais do Fundo Nacional de Saúde-FNS

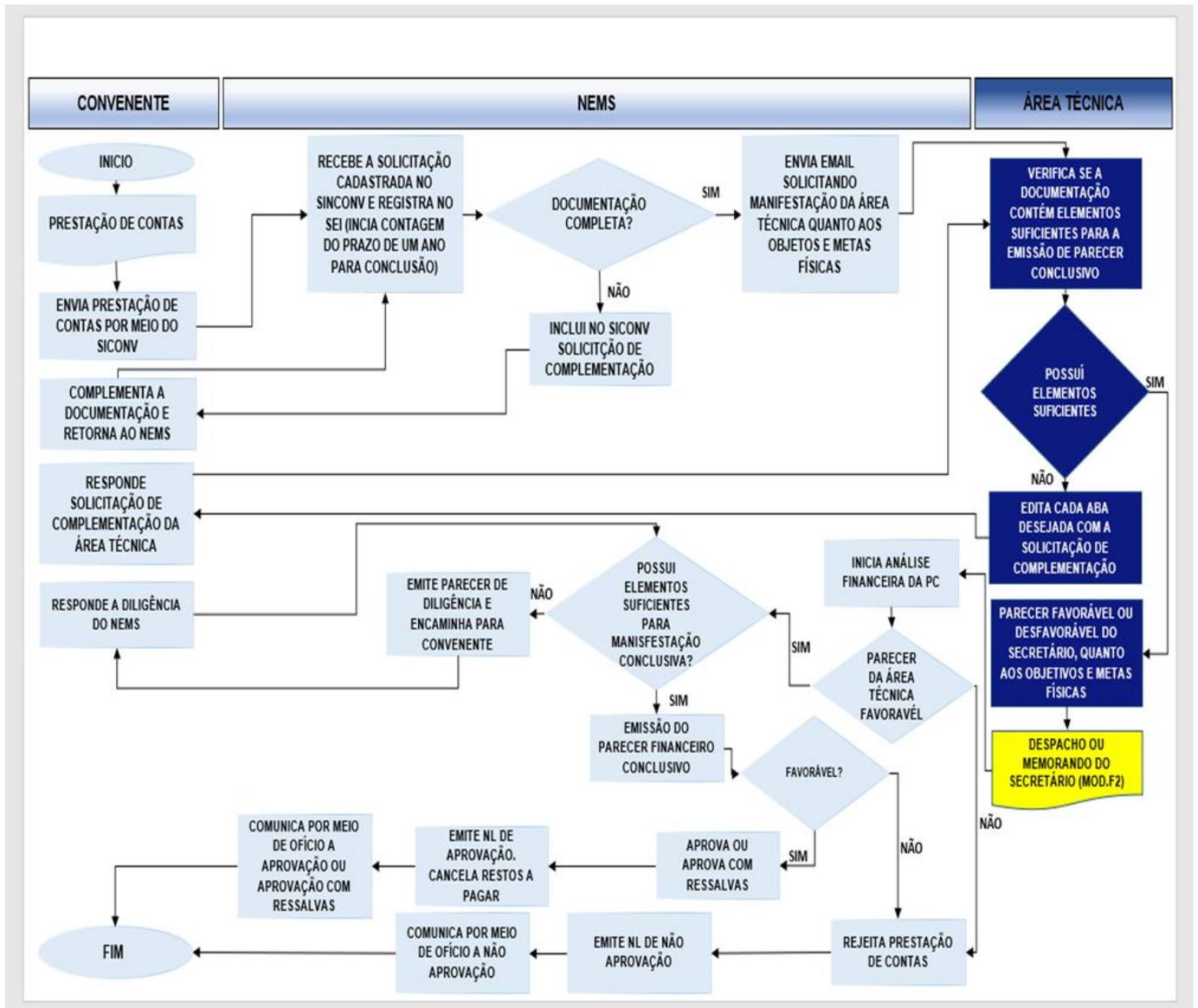
A fim de se dar melhor entendimento das rotinas acerca dos processos de convênios e TED's, abaixo serão demonstrados os fluxos existentes para que se possa ter uma noção do processo de prestação de conta. (Memorando-circular nº 3/2018/CGAC/SE/MS – de 7 de março de 2018)

Fluxo de prestação de conta para TED.



Fonte: Memorando nº 3/2018/CGAC/FNS/SE/MS.

Fluxo de prestação de conta para convênio.



Fonte: Memorando n° 3/2018/CGAC/FNS/SE/MS.

Observa-se que, em ambos os fluxos acima cada caixinha para ser processada precisa de dados e de informações quanto ao desempenho do projeto e se o cronograma de execução física e financeira estão sendo cumpridos; se os elementos atendem os requisitos definidos no contrato quanto ao objeto (metas e objetivos); analisando o relatório físico-financeiro de prestação de conta, emitido pela descentralizada (1ª caixinha da descentralizada) e, confirmado pela equipe técnica do Ministério da Saúde.

Veja que, convênio e TED, seguem o mesmo fluxo, mas cabe ressaltar que os convênios são postados e tramitam pelo SICONV, enquanto que os TEDs são geridos pelo GESCON. Ambos sistemas são plataformas tecnológicas (TI), em que são colocadas as propostas, os pareceres de méritos, as provações, os descaixes orçamentário e todos os documentos que fazem parte da contratação, desde o início do processo até o seu fim. Essas plataformas não realizam o monitoramento e a avaliação da execução física dos convênios e dos TEDs e para se analisar e avaliar os “elementos” de um aditivos ou de uma prestação de conta se faz necessário informações do andamento de cada uma dessas contratação, como cumprimento de metas e da entrega dos resultados pactuados, que são medidos por indicadores de desempenho capazes apurar a eficácia, eficiência, efetividade, economicidade, execução e excelência.

Percebe-se que, só por meio do acompanhamento da execução física dos projetos de pesquisas é que se pode extrair informações para verificar se há evidências de cumprimento dos requisitos obrigatórios (os elementos) contratados. O que é ratificado pelo Memorando-Circular nº 8/2018/CGAC/FNS/SE/MS, de 15 de agosto de 2018, em que são exigidos percentuais de liquidação das parcelas dos TED's para só então descentralizar os recursos financeiros, trazendo maior segurança à execução dos TED's. O memorando passou a fazer essa exigência de liquidação para liberação de recursos financeiros após exaustivo estudo acerca da liquidação dos mais diversos objetos dos TEDs no Ministério da Saúde, em que o Fundo Nacional de Saúde-FNS constatou que as instituições que recebiam os recursos orçamentários, as descentralizadas, não faziam uso desses recursos e, deixavam parados na conta única da União, ou seja, não realizando os objetos de contratação e, principalmente, impedindo que outras instituições pudessem aplicar os recursos em outros projetos.

Vale ressaltar que, a fase do pagamento só poderá ocorrer depois da liquidação, por meio do empenho, que deve ser realizado pela descentralizada. Todo esse processo ocorre no SIAFI, que é o sistema financeiro do Governo Federal. O objetivo do memorando nº 8 é de:

“otimizar o uso eficiente dos recursos financeiros pelas Entidades, definiu como sendo mais adequado observar

a liquidação no momento imediatamente posterior ao da programação financeira de parcela, que é o processo de registro de conformidade de pagamento de cada parcela junto ao SIAFI mediante o uso do Sistema de Gestão de Convênios do Ministério da Saúde (GESCON).” (MEMORANDO N°8, 2018)

Certo de que os recursos só serão liberados depois de ocorrer a liquidação junto com a apropriação do valor descentralizado, o Fundo determina que:

“...as Descentralizadas devem solicitar a liberação de recurso financeiro tanto para a primeira ou única parcela quanto para parcelas seguintes mediante a apresentação de Declaração de Regular Execução e de Liquidação de despesas ao Ministério. As solicitações deverão ser protocoladas nos Núcleos Estaduais do Ministério da Saúde (NEMS) ou no próprio FNS, para os casos que dizem respeito ao Distrito Federal.” (MEMORANDO-CIRCULAR N° 8, 2018)

Na Declaração de Regular Execução (modelo obrigatório) devem ser registradas informações financeiras, de execução física com a descrição das atividades e o percentual atingido, assim como a apropriação de no mínimo 75% do valor total da parcela. A obrigatoriedade das instituições descentralizadas de liquidarem (apropriar) no mínimo 75% do valor da parcela, ou seja, de empenhar esse percentual, visa atender o Decreto 9.323/2018, de redução e otimização dos recursos públicos federais e só depois de confirmado no SIAFI o Fundo prosseguirá com o pagamento, por meio da emissão da Nota de Programação Financeira. Os impactos provocados pelo Decreto n° 9.323, de 29 de março de 2018, que reduz os limites de pagamentos de despesas obrigatórias e de execução financeira, exigindo a otimização dos processos internos e da aplicação dos recursos e, também, pelo advento do Memorando-Circular n° 4/2018, que trata da necessidade de melhoria na gestão dos gastos públicos, por parte dos órgãos e dos entes da Administração Pública Federal, exigem das equipes dos Departamentos do Ministério da Saúde que repensem seus processos internos para torná-los efetivos e sustentáveis.

A Lei 8.666/1993 de licitação e contratação é a primeira a trazer os parâmetros para os convênios e regulamenta as aquisições e as contratações com a Administração Pública Federal e seus entes também federados, institui que os contratos, após aprovados e assinados pela autoridade competente devem ser publicados na imprensa oficial e, estão nesse contexto os convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração. Determina ainda no seu §1º, Art. 116, incisos de I a VII, que devem os convênios celebrados, acordos ou ajustes depender de prévia aprovação de competente plano de trabalho, proposto pela organização interessada, o qual deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

- I. identificação do objeto a ser executado;
- II. metas a serem atingidas;
- III. etapas ou fases de execução;
- IV. plano de aplicação dos recursos financeiros;
- V. cronograma de desembolso;
- VI. previsão de início e fim da execução do objeto, bem assim da conclusão das etapas ou fases programadas;
- VII. se o ajuste comprometer obras ou serviços de engenharia, comprovação de que os recursos próprios para complementar a execução do objeto estão devidamente assegurados, salvo se o custo total do empreendimento recair sobre a entidade ou órgão descentralizador. (LEI 8.666/1993)

Outro ponto importante é que as parcelas do convênio serão liberadas em estrita conformidade com o plano de aplicação aprovado, exceto nos casos em que se enquadrar na não comprovação da boa e regular aplicação da parcela, quando verificado desvio de finalidade na aplicação do recurso e ou quando o executor não aplicar as medidas saneadoras. Observa-se também, que a Lei 8.666/1993 não detalha a forma como se deve monitorar e acompanhar os convênios, apesar de exigir que se faça sistematicamente a avaliação das metas e das etapas. (LEI 8.666/1993)

Já a Instrução Normativa nº 1, da Secretaria de Tesoura Nacional-STN, de 15 de janeiro de 1997, é a que mais se aproxima de uma definição de acompanhamento dos projetos contratados por meio dos convênios e TED's, pois define como requisitos obrigatórios para celebração de convênios e de descentralizações, que a proposta dos interessados em contratar com a Administração deve conter as razões, descrição completa do objeto, as metas ou fases com início e fim, plano de aplicação dos recursos, cronograma de desembolso, situação de mora ou inadimplência perante o órgão ou entidade, por fim, integrar o plano de trabalho e o projeto básico com a especificação completa. Define ainda no seu §8º que para fins de convênios “admite-se projeto básico sob a forma de pré-projeto, desde que do termo de convênio conste cláusula específica suspensiva que condicione a liberação da parcela única ou da primeira das parcelas de recursos do convênio à prévia apresentação do projeto básico...”, mas os documentos da entidade como FGTS, certidões de nada consta, declarações e outros devem ser apresentado ainda na constituição do contrato de convênio. (IN STN nº 1, de 15 de janeiro de 1997)

A entidade convenente é obrigada a apresentar relatórios de execução físico-financeira e prestar conta dos recursos recebidos, no prazo máximo de sessenta dias, contados da data do término da vigência, bem como dar livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno ao qual esteja subordinado a concedente, a qualquer tempo e lugar. Posto isso, a execução do convênio subordina-se ao cadastramento do Plano de Trabalho no SIAFI - Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal. (IN STN nº 1, de 15 de janeiro de 1997)

APÊNDICE II – Rotinas do Fundo Nacional de Saúde-FNS

O sistema de planejamento orçamentário do SUS funciona da seguinte forma:

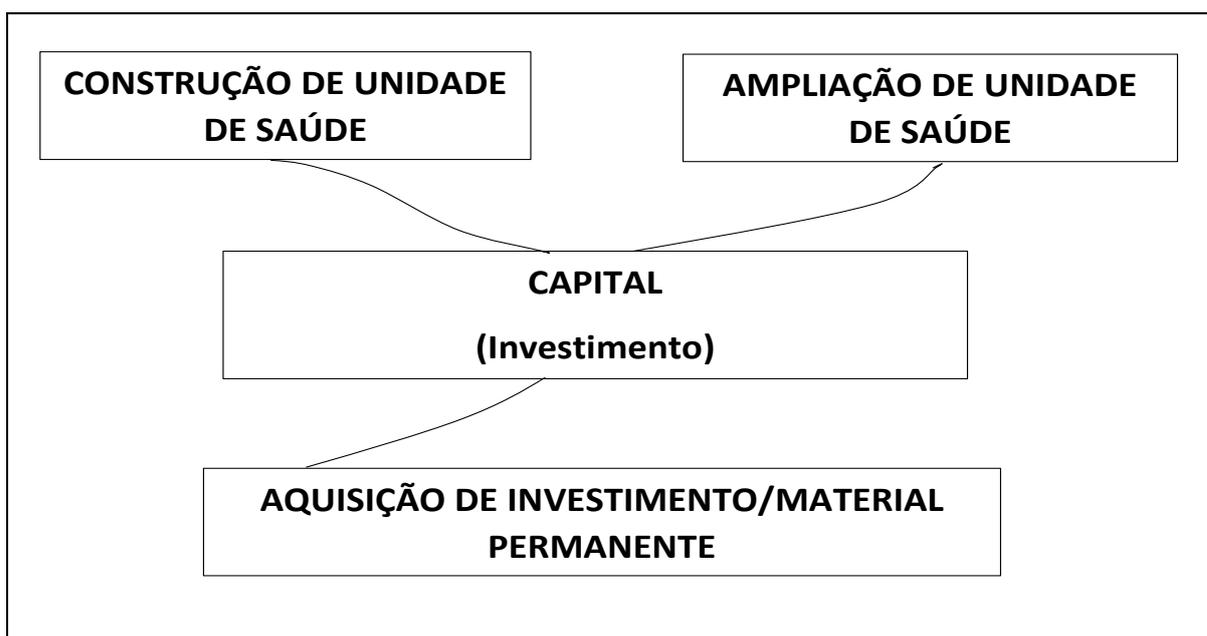
- a) Planos Plurianuais – PPA: editado a cada quatro anos, determinam as diretrizes, objetivos e metas da Administração para o período de quatro anos, que se inicia no segundo ano do mandato do governante (presidente, governador e prefeito) e encerra no primeiro ano do governo seguinte.
- b) Lei de Diretriz Orçamentária – LDO: a LDO estabelece de forma antecipada as diretrizes e as prioridades de gastos que devem orientar a elaboração da Lei Orçamentária Anual-LOA do ano seguinte. A LDO corresponde a uma parte do que foi estabelecido no PPA, só que restrita a um ano. Ela é de competência do Poder Executivo e deve ser submetida ao Poder Legislativo.
- c) Lei Orçamentária Anual - LOA: a LOA é a discriminação da receita e da despesa, evidenciando a política econômica – financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade, universalidade e atualidade. Ela é elaborada pelo Poder Executivo e submetida ao Poder Legislativo.

O Fundo Nacional de Saúde-FNS é o responsável pela transferência aos estados, Distrito Federal e municípios, para que esses possam fomentar a saúde de forma descentralizada com cobertura assistencial e hospitalar, tudo isso no âmbito do SUS, orientados para políticas públicas de saúde com programas, ações e projetos. Entretanto, cada Secretaria do Ministério da Saúde é responsável pelo gerenciamento de seus recursos e o Fundo pela alocação da seguinte forma:

- Recursos de Programa/ação – é quando a entidade pública ou privada sem fins lucrativos cadastra suas propostas de projetos, ou seja, trata-se de uma dotação orçamentária que são executadas conforme planejamento da política e, principalmente, dependem de disponibilidade orçamentária.
- Recursos de Emenda Parlamentar – são influência do Poder Legislativo, por meio do Orçamento Geral da União, para aperfeiçoar as propostas do Poder Executivo.
- Orçamento Impositivo – é um dispositivo legal que torna obrigatório a execução orçamentária e financeira das emendas individuais inseridas pelos Parlamentares na Lei Orçamentária Anual. Foi instituída pela Emenda Constitucional nº 86/2015 e teve origem no Projeto de Emenda Constitucional (PEC) nº 358/2013. (BRASIL, 2018)

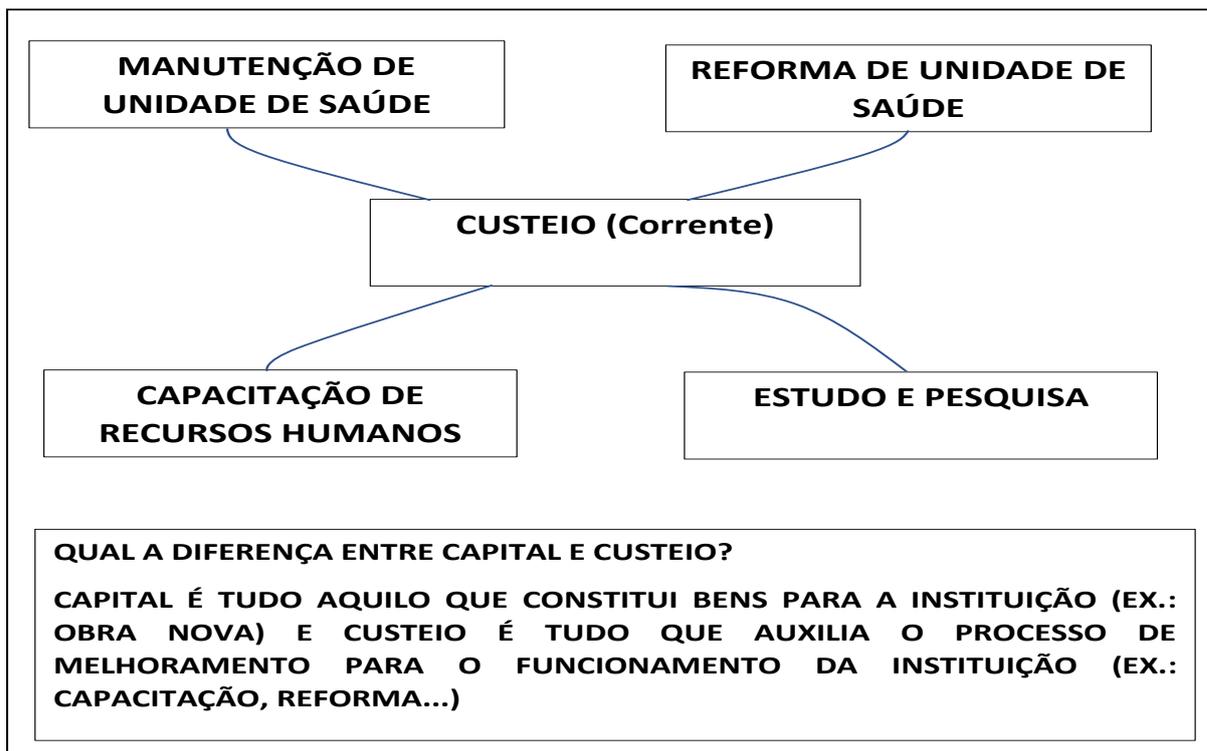
Os instrumentos de repasse são os tipos de transferência, que dos existentes três modelos já foram estudados até aqui (convênio, TED e carta acordo). Há ainda a transferência fundo a fundo que é realizada diretamente entre a União, aqui representada pelo Ministério da Saúde, para os fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal. Os objetos financiáveis se dividem entre capital e custeio e as figuras abaixo mostram como funcionam na prática:

Objetos financiáveis.



Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

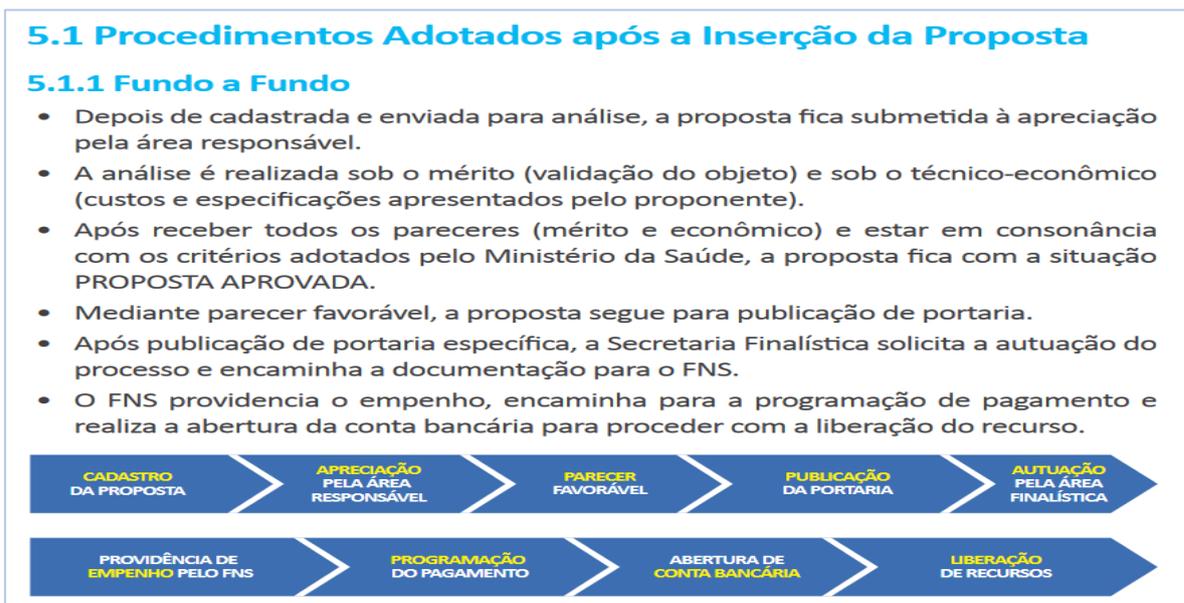
Despesas de custeio (corrente).



Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

Uma vez cientes dos tipos de objetos financiáveis e também dos tipos de transferências, a primeira atividade a ser realizada é a colocação da proposta no sistema SICONV. (BRASIL, 2018)

Inclusão da proposta.



Fonte: Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

A inclusão da proposta ocorre depois que são alinhados entre a demandante (Departamento do Ministério da Saúde – área técnica) e a conveniente (contratada) todos os objetivos, as metas e o cronograma de execução física e orçamentária. Uma vez incluída a proposta o Departamento demandante deve fazer a apreciação técnica da proposta e emitir parecer favorável ou não, conforme os passos abaixo.

Apreciação da proposta.

5.1.2 Convênios

- Depois de cadastrada e enviada para análise, a proposta fica submetida à apreciação pela área responsável.
- A análise é realizada sob o mérito (validação do objeto) e sob o técnico-econômico (custos e especificações apresentados pelo proponente).
- Após receber todos os pareceres (mérito e econômico) e estar em consonância com os critérios adotados pelo Ministério da Saúde, a proposta fica com a situação PROPOSTA APROVADA.
- Cumprida a etapa de análise técnica, a proposta segue para validação da Secretaria Finalística para recebimento de autorização para celebração de convênio pela Secretaria-Executiva.
- Recebida a autorização, o processo segue para o FNS, onde é emitida nota de empenho e celebração do convênio.

Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

Caso a proposta não seja aprovada o Departamento demandante deve devolvê-la ao proponente conveniente, a fim de ajustá-la e adequá-la. Esse fluxo processual ocorre conforme a figura abaixo.

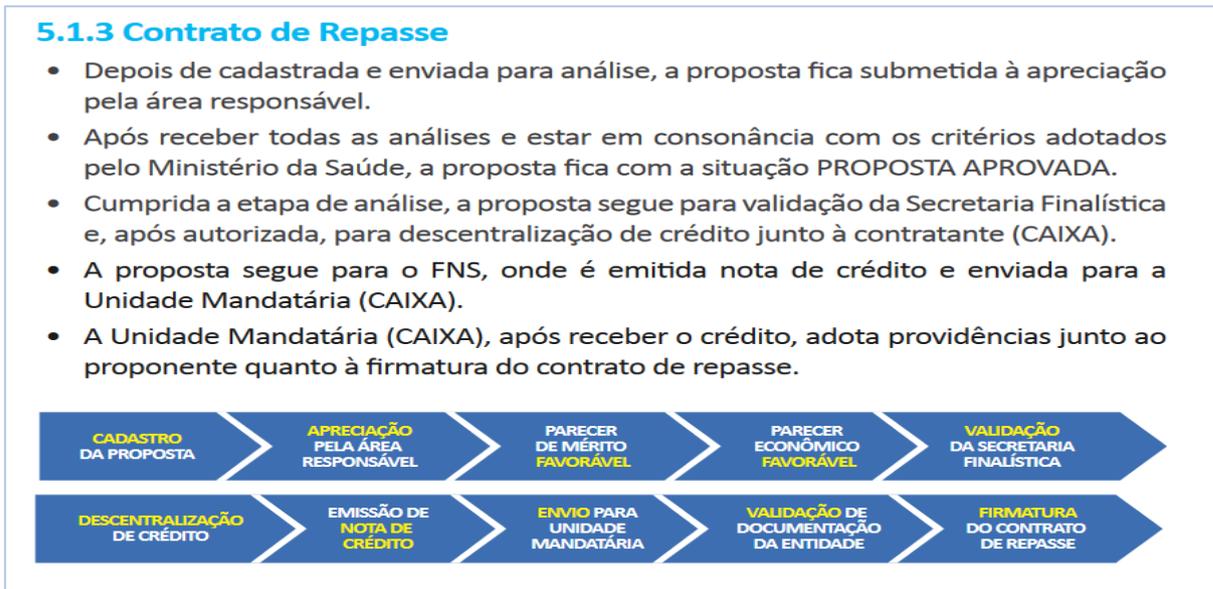
Fluxo processual no Fundo Nacional de Saúde.



Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

Observa-se no fluxo processual que ele encerra com a celebração, em outras palavras, com a assinatura do contrato de convênio e a sua publicação. Esse fluxo também é seguido pelo contrato de repasse e pelo TED, mas alguns passos são diferentes e merecem atenção.

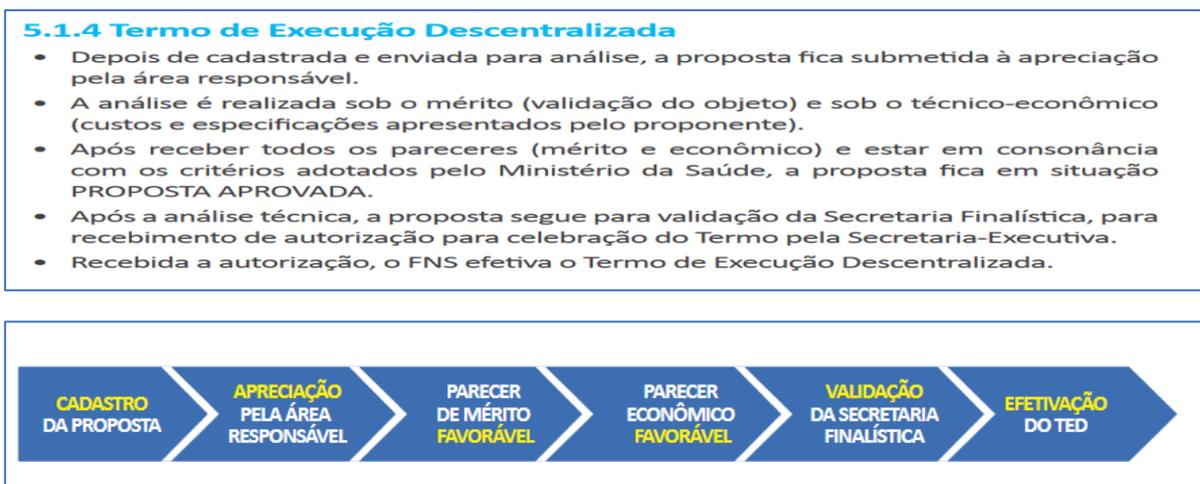
Fluxo processual para contrato de repasse.



Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

No caso do Contrato de Repasse há a emissão de nota de crédito e a descentralização do recurso com a assinatura do contrato. O que no caso dos TEDs, por ser uma forma simplificada, depois da emissão dos pareceres de mérito e econômico, já é efetivada a contratação. Veja abaixo a forma simplificada do fluxo para o TED.

Fluxo processual para TED.



Fonte: Cartilha do Fundo Nacional de Saúde - BRASIL, 2018.

ANEXO I – Os Tipos de Contratações: Convênio, TED e Carta Acordo

- **Convênio**

Os Convênios são todo e qualquer instrumento formal que discipline a transferência de recursos financeiros dos orçamentos da União para um órgão ou entidade da administração pública estadual, distrital ou municipal, direta ou indireta, ou entidade filantrópica sem fins lucrativos.

Entende-se por transferências voluntárias os recursos financeiros repassados pela União a Estados, Distrito Federal, Municípios e Entidades sem fins lucrativos em decorrência da celebração de convênios, que ocorre operacionalizando a transferência desde sua proposição e análise, passando pela celebração dos recursos, acompanhamento da execução, prestação de conta e tomada de conta especial.

Essas fases devem ser registradas no Siconv – Sistema de Convênios do Governo federal, que é operado pelos atores envolvidos nos processos, como:

Proponente – órgão ou entidade pública ou privada sem fins lucrativos que manifeste interesse a contratar com a União, por meio da formulação de uma proposta de trabalho;

Concedente – órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, responsável pelo repasse dos recursos financeiros;

Conveniente – órgão ou entidade da administração pública, direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativo, com a qual é pactuado a execução de programas, projeto, atividade ou evento mediante convênios;

Contratante – órgão ou entidade da administração pública federal, direta ou indireta, que pactua a execução de programa, projeto, atividade ou evento, por intermédio de instituição financeira federal (mandatária) mediante celebração de contrato de repasse;

Contratado – órgão ou entidade da administração pública, direta ou indireta, de qualquer esfera de governo, consórcio público ou entidade privada sem fins lucrativos, com a qual a administração pública federal pactua a execução de contrato de repasse.

Os recursos federais para os convênios são dotações orçamentárias destinadas de duas formas:

1^a- por meio de emenda parlamentar concedida por um deputado federal ou senador;

2^a – por meio dos programas orçamentários, que destina recursos para as regiões.

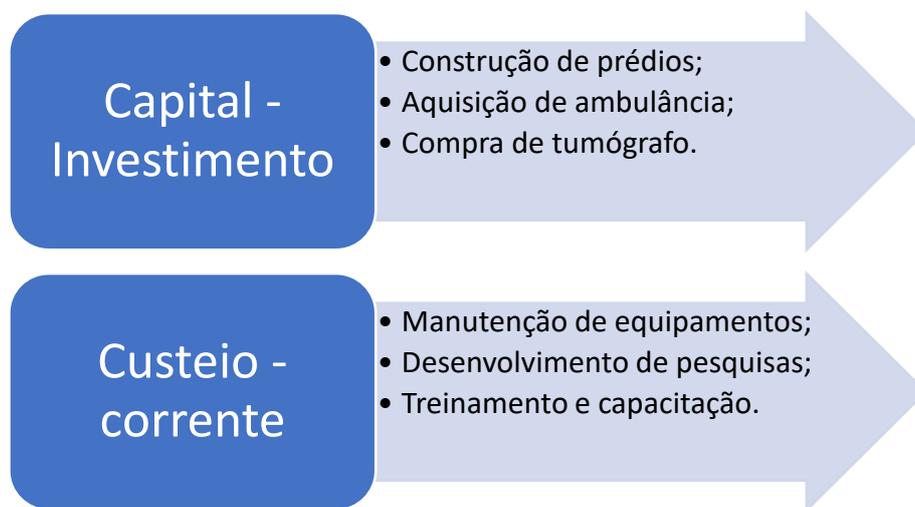
Já o acesso a esses recursos se dá por meio de:

- a) Proposta ou projeto formulados pelo próprio interessado diretamente ao ministério ou a entidade que disponha de recursos aplicáveis ao objeto pretendido;
- b) Ministério ou entidade federal detectam as necessidades locais ou desejam implementar programas federais na região.

O processo de contratação desses convênios, seja por qualquer das duas formas acima, ocorre após ser analisada a necessidade e da viabilidade do objeto proposto, das informações cadastradas do proponente e da sua regularidade formal/documental, só depois o ministério ou a entidade poderá aprovar a liberação do recurso e liberá-lo em conformidade com o cronograma orçamentário de execução das metas pactuadas na proposta de trabalho.

Os objetos financiáveis são divididos em dois grupos, capital e custeio, sendo o capital para constituir bens para instituição (obras, equipamentos, veículos) e o custeio auxilia o processo de melhoramento para o funcionamento da instituição (capacitação, pesquisas, reformas), conforme exemplificado na figura nº X.

Figura nº X – Objetos financiáveis por meio de convênios:



As celebrações dos convênios são regimentadas pela Portaria Interministerial nº 424/2016 e demais normas infralegais. O processo de transformação desses convênios segue o rigor das leis, decretos, portarias e instruções normativas, em que percorrem quatro fases:

- 1ª – Proposição – proposta, projeto básico e inclusão no SICOV;
- 2ª – Celebração/formalização – contratação do convênio;

3ª – Execução – execução física e orçamentária das metas pactuadas;

4ª – Prestação de contas – entrega dos resultados/produtos/bens conveniados.

Qualquer inconsistência legal ou sob o aspecto formal de caráter infralegal, a proposta deve ser rejeitada, logo, é muito importante para se ter efetividade na gestão que os responsáveis pelo início, processamento e finalização dos processos de convênios estejam em sintonia com os marcos legais.

É importante esclarecer que no Sistema informatizado do governo federal, o SICONV, são registrados apenas os convênios, ou seja, não entram nele as transferências descentralizadas (conforme o Decreto 8.180/2013) e nem as cartas acordos junto à Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS.

Conforme visto acima a primeira, de proposição, envolve a elaboração da proposta e do plano de trabalho, em que o interessado em contratar com a Administração Pública Federal deve apresentar uma proposta de trabalho ao Sistema de Convênios Federal, SICONV, em conformidade com os instrumentos legais e de legitimidade, bem como em sintonia com os programas e políticas do Órgão contratante e, principalmente, dentro das diretrizes do próprio sistema.

É importante esclarecer que o proponente não precisa apresentar o plano de trabalho junto com o projeto, mas poderá a Administração, se julgar necessário, solicitar a apresentação de ambos ao mesmo tempo. O plano de trabalho será analisado quanto à sua viabilidade e adequação aos objetivos do programa do Órgão e, também, será analisada sua capacidade técnica e operacional para gestão do instrumento.

O projeto básico e o termo de referência são o mesmo instrumento de definição clara do tema, objeto, objetivos, metas, etapas, atividades, cronograma, custos e os resultados esperados. Eles padronizam o objeto contratado e estabelecem os critérios a serem seguidos nos convênios.

Entre os erros e falhas mais frequentes na fase de proposição dos convênios são:

- Plano de trabalho pouco detalhado;
- Metas insuficientes descritas, quantitativa e qualitativamente;
- Caracterização insuficiente da situação de carência dos recursos;
- Projeto básico incompleto e/ou com informações insuficientes;
- Ausência de projeto básico;
- Falta de comprovação da existência de contrapartida (orçamentária e financeira);
- Orçamento subestimado ou superestimado.

A parte final dos convênios é a prestação de conta, que ocorre depois das execuções financeiras e físicas das metas acordadas no convênio e exige tempestividade e conveniência.

O prazo máximo de se prestar conta é de 60 (sessenta) dias do término da vigência do instrumento firmado, ou do último pagamento efetuado, quando este ocorrer em data anterior àquela do encerramento da vigência ou conforme estipulado no instrumento de celebração.

A prestação de conta será composta por uma coleção de documentos como notas fiscais, recibos, relatórios de execução física e financeira, entrega do objeto executado, relação de bens adquiridos e outros artefatos, mas uma importante etapa que antecede a da prestação de conta é a realização dos relatórios parciais de execução físico-financeiro, que pelo fluxo do Fundo Nacional do Ministério da Saúde, é realizado em dois momentos distintos, sendo o primeiro o físico de responsabilidade da área técnica tomadora do convênio e o segundo financeiro da equipe técnica do próprio Fundo Nacional de Saúde-FNS de Brasília-DF e os seus Núcleos Estaduais.

Todavia, quando não observados os parâmetros legais e de legitimidade se deve adotar um procedimento administrativo chamado de Tomada de Conta Especial – TCE, para que sejam apurados os fatos e os possíveis danos ao erário, a fim de se obter o respectivo ressarcimento.

Por fim, todas as informações e fases do processo de contratação dos convênios devem ser registradas e lançadas no Sistema de Convênios-SICONV, contribuindo para o controle social e transparência dos atos públicos. Há ainda modelos e formulários a serem implementados e seguidos pelos convenientes.

- **Termos de Execução Descentralizada**

O Termo de Execução Descentralizada-TED, doravante será chamado de TED, é um instrumento que ajusta a transferência de recursos do Governo Federal, de seus Órgãos, na constituição de projetos de pesquisas, atividades, serviços, aquisições de bens ou até mesmo eventos.

Deve ser aplicado em conformidade com Decreto 6.170, de 25 de julho de 2007, isso para:

- Execução de programas, projetos e atividades de interesses recíproco de mútua colaboração;
- Realização de atividades específicas pela unidade descentralizadas em benefício da unidade descentralizadoras dos recursos;
- Execução de ações que se encontram organizadas em sistema e que são coordenadas e supervisionadas por um órgão central; ou
- Ressarcimento de despesas.

Cabe esclarecer que isso se aplica apenas a entidades federais, tem natureza estritamente orçamentária, dispensando a presença de interesse recíproco.

Seu fluxo operacional se diferencia das demais modalidades, sendo necessário nota técnica da área explicando a importância da parceria, manifestação de interesse do parceiro (que pode ser um ofício ou até mesmo uma nota técnica), minuta do Termo de Execução Descentralizada com os seguintes dados:

- Identificação das partes;
- O objeto de contratação;
- As obrigações de cada um dos partícipes;
- Cláusula de prerrogativa de assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto;
- Regras de prestação de conta, a forma de acompanhamento físico do objeto e prazo;
- Previsão orçamentária, com classificação orçamentária da despesa;
- A vigência fixada de acordo com o prazo previsto para a consecução do objeto e em função das metas estabelecidas;
- Cláusula de prorrogação, quando pleiteado, sempre por ofício;
- Regra de publicação;
- Do foro;
- Assinatura,
- Plano de trabalho;
- Saldo orçamentário e financeiro;
- Formulário de prestação de contas;
- Minuta de portaria designando servidores responsáveis pelo acompanhamento e supervisão da execução do TED.

Há ainda modelos e formulários a serem implementados e seguidos pelas descentralizadas.

- **Carta Acordo**

A Carta Acordo é um dispositivo gerido pela Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS/OMS Brasil, que por meio de contratos de cooperação internacional fomentam recursos financeiro.

Esses recursos financeiros são aplicados em projetos de pesquisa que desenvolvem estudos dos mais diversos no campo da saúde e, no caso da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, beneficiam várias instituições entre Fundações de Pesquisas, Universidades, Institutos e Hospitais, todos voltados para saúde. Em especial, no caso do contexto do DSAST, sob o aspecto da vigilância em saúde ambiental e da saúde do trabalho, tem-se a necessidade de pesquisa com o objetivo de se investigar pontos de mudança, alteração e interferência no ambiente e na forma laboral.

As Cartas Acordo ocorrem por meio de um instrutivo determinado pela OPAS com o intuito de “...estabelecer os termos e condições de financiamento de um conjunto de atividades, de uma iniciativa à saúde, descrita em um projeto de cooperação técnica...”, sendo o contrato o mecanismo formal, em que de um lado está OPAS e do outro uma instituição, que desenvolverá o estudo técnico/projeto de pesquisa/aperfeiçoamento técnico.

O instrutivo da OPAS define a política de contratação, ou seja, os passos a serem seguidos, o que se admite adquirir, a etapa de prestação de conta e entrega dos resultados. É obrigatório a apresentação de documentos como formulários, ofícios, projeto completo, planilhas de detalhamento orçamentário e financeiro, documentos de elegibilidade, relatórios contábeis de solvência, declaração de capacidade técnica e de cumprimento das leis nacionais.

O ponto de principal atenção na constituição de uma carta acordo está no que se é permitido contratar e no que é proibido, pois, na etapa de prestação de conta esses pontos são avaliados e podem ser indeferidos pela OPAS. Esses pontos exigem atenção dos administradores, porque são fiscalizados e podem ser questionados pelos Órgãos de Controle.

O processo de identificação da necessidade de contratação de uma carta acordo percorre o mesmo caminho da modalidade de convênio e do TED, em que ciente da missão e visão do Ministério, da SVS e do DSAST, de forma que pela política de cada uma das suas duas Coordenações, a Ambiental e do Trabalhador, se oferece às instituições de pesquisas nacionais o objeto a ser pesquisado.

Já o fluxo do processo de contratação de uma carta acordo é diferente das demais modalidades, pois é considerado mais rápido e fácil. Para melhor entendimento será listado abaixo as despesas que são e as que não são autorizadas pela OPAS durante a construção do processo de uma carta acordo, ressaltando, que todo processo ao iniciar passa hoje pelo crivo da equipe administrativa do DSAST e da OPAS, antes de ser assinada pelas partes.

Quadro X – Despesas autorizadas pelo Instrutivo da OPAS para Carta Acordo.

DESPESAS AUTORIZADAS		SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO/PENDÊNCIA
1	Bolsistas - para trabalho técnico com duração superior de 30 dias para profissionais com ou sem vínculo com a instituição			
2	Profissionais Autônomos - para prestação de serviço no prazo máximo de 90 dias e pago por meio de RPA			
3	Passagens, diárias ou ajuda de custo			
4	Aluguel de espaço			
5	Aluguel de equipamentos			
6	Contratação de serviço de pessoa jurídica			
7	Compra de materiais de consumo			
8	Percentual de água, luz e telefone			
9	Correio			
10	Cópias			
11	Despesas bancárias			
12	Pagamento de funcionários da instituição, desde que:			
	12.1- Estejam envolvidos na execução do projeto			
	12.2- Seja informado o cargo de atuação do profissional na instituição			
	12.3- Dedicção de, no máximo, 20% da carga horária			
	12.4- Limite de até 20% do salário bruto do profissional			
	12.5- Exerçam atividades administrativas			
	12.6- Atividades ou serviços distintos das funções regulares			

Quadro X – Despesas não autorizadas pelo Instrutivo da OPAS para Carta Acordo.

DESPESAS NÃO AUTORIZADAS		SIM	NÃO	OBSERVAÇÃO/PENDÊNCIA
1	Serviços a serem fornecidos à OPAS/OMS			
2	Bolsa de estudo			
3	O Coordenador técnico da carta acordo não pode ser remunerado			
4	Estagiário			
5	Inscrição de qualquer natureza			
6	Subcontratar empresa para organização do evento			
7	Shows e atrações artística			
8	Transporte em perímetro urbano - passagem de ônibus, táxi, tarifas e pedágios			
9	Combustível, lubrificantes e manutenção de veículos			
10	Contratação de empresa ou pessoa física para terceirização da prestação de contas			
11	Contratação de empresa terceirizada de assessoria jurídica			
12	Contratação de empresa para terceirização de assessoria contábil			
13	Coquetel, recepção, jantar, sobremesa e bebidas alcoólica			
14	Prêmios, presentes, brindes, flores e decorações			
15	Taxa de administração			
16	Produto e/ou serviço, reforma de adequação de espaço físico e infraestrutura como objeto			
17	Aquisição de material permanente			
18	Readequação de espaço físico			
19	Demais elementos julgados não elegíveis pela OPAS/OMS			

Há ainda algumas observações que são importantes na etapa de prestação de contas, como por exemplo o fato da OPAS seguir a *International Public Sector Accounting Standards Board-IPSASB* na auditoria e na fiscalização, em que os gastos devem ser comprovados em vias originais ou em cópias autenticadas e as instituições que não os apresentarem em conformidade com o que determina o instrutivo são incluídas em uma lista de inadimplentes e estarão proibidas de contratar com a OPAS.

Dessa forma, os pontos relevantes sobre a instrução de uma carta acordo é que a demanda inicia no DSAST, que prepara e envia o processo interno ao DEGEVS/SVS, que avalia a proposição e, se de acordo, colhe a assinatura do Secretário da SVS. Por fim, o processo é enviado à OPAS para análise, contratação e monitoramento.

ANEXO II – Instrutivo OPAS para Carta Acordo.

A Carta Acordo é um instrumento legal que estabelece termos e condições para o financiamento de um conjunto de atividades, de uma iniciativa à saúde, descritas em um projeto de cooperação técnica, acordado entre a OPAS/OMS e uma instituição beneficiária (fundações, instituições públicas ou privadas sem fins lucrativos), com comprovada competência técnica, solvência financeira, com o mínimo de 3 (três) anos de constituição, e situação de adimplência junto à OPAS/OMS, para execução em, no máximo, 24 (vinte e quatro) meses.

Conforme política da OPAS/OMS, para iniciar o processo de tramitação de Carta Acordo, a Instituição Beneficiária deverá enviar os documentos relacionados abaixo que são imprescindíveis para sua aprovação:

a) Formulário FENSA, conforme modelo OPAS, devidamente preenchido e assinado; b) Ofício da contraparte com a solicitação de Carta Acordo informando: nome do projeto, período de execução, valor total e a fonte de financiamento; c) Projeto completo a ser financiado, contendo: antecedentes, justificativa, objetivos (geral e específico), resultados esperados, atividades, metodologia de avaliação final de resultados e indicadores, prazo de execução e valor total; d) Anexos: Anexo I - Solicitação de Carta Acordo; ☒ Anexo II - Orçamento Detalhado (em Excel); Anexo III - Cronograma de Execução Mensal por Atividade / Elemento de Despesa (em Excel) – Devidamente assinado pelo responsável financeiro; e) Documentos de elegibilidade: ☒ Cópia do CNPJ (Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica); ☒ Cópia do Estatuto Social ou Regimento Interno; ☒ Cópia da ata vigente de nomeação do responsável legal da Instituição; ☒ Cópia da pesquisa atualizada no Portal da Transparência – Cadastro das Entidades Privadas Sem Fins Lucrativos Impedidas; ☒ Documento de capacidade técnica (modelo OPAS); ☒ Cópia do Relatório de Auditoria Independente¹:

1 O último relatório apresentado anula os demais.

Políticas e procedimentos para solicitação de Carta Acordo:

o Sem ressalva de quaisquer natureza; o Com data não superior a 2 (dois) anos das contas fiscais auditadas; o Deve conter as demonstrações contábeis revisadas pelo(s) auditor(res) - Balanço Patrimonial e DRE. ☒ Declaração da beneficiária referente ao cumprimento da legislação nacional (modelo OPAS);

Documento comprobatório dos dados bancários (extrato bancário ou contrato de abertura da conta) – banco, agência e conta corrente a ser utilizada para gestão do projeto a ser financiado por meio da OPAS/OMS (somente uma conta corrente por instituição); ☒ Curriculum do Coordenador Técnico da Carta Acordo.

Para Universidades Públicas e entidades governamentais se faz necessário a seguinte documentação: ☒ CNPJ; ☒ Declaração da Instituição Beneficiária referente ao cumprimento da legislação nacional; ☒ Parecer Técnico da OPAS/OMS.

Observação: Caso a instituição solicite uma emenda à Carta Acordo, a documentação de elegibilidade deve estar válida e/ou atualizada de acordo com as normas do instrutivo vigente.

Para o desenvolvimento do Projeto, são autorizadas as seguintes despesas:

a. Serviço de Pessoa Física (atividade técnica):

Bolsista: concessão de bolsas para desenvolver um trabalho técnico com duração superior a 30 dias para profissionais com vínculo e sem vínculo com a Instituição. O Profissional poderá ser contratado nesta modalidade, desde que a atividade a ser desempenhada na Carta Acordo, seja distinta das atividades da

instituição onde atua (com exceção do coordenador técnico da Carta Acordo, que não poderá ser remunerado pelo projeto). Os profissionais deverão estar envolvidos na execução do projeto. O limite máximo da soma da remuneração, retribuições e bolsas percebidas pelo docente, em qualquer hipótese, não poderá exceder o maior valor recebido pelo funcionalismo público federal, nos termos do artigo 37, XI, da Constituição. Para a fixação dos valores das bolsas, estipulado pela instituição, deverão ser levados em consideração critérios de proporcionalidade com relação à remuneração regular de seu beneficiário. Profissional Autônomo: prestação de serviço pontual com prazo de máximo 90 dias, pago por meio de Recibo de Profissional Autônomo (RPA) e recolhimento dos respectivos impostos;

b. Passagens e diárias ou ajuda de custo; c. Treinamento e capacitação: Somente para as Cartas Acordo destinadas a Eventos / Treinamentos e Capacitações. Observação: Para Cartas Acordo destinados a projetos, de até 24 meses, essas despesas estarão previstas em Pessoa Jurídica. d. Serviços, Materiais e Fornecimento, sendo:

1. Aluguel de espaço e equipamentos; 2. Serviços de Pessoa Jurídica; 3. Compra de Materiais de Consumo; 4. Despesas de Implementação, não podendo ultrapassar o limite de 10% do valor total da Carta Acordo. São permitidas, as despesas abaixo: Percentual dos itens: água, luz, telefone; Correio Cópias; Despesas bancárias; Pagamento de funcionários da instituição, desde que: • Estejam envolvidos na execução do projeto; • Seja informado o cargo de atuação do profissional na instituição; • Dedicção de, no máximo, 20% da carga horária; • Limite de até 20% do salário bruto do profissional; • Exerçam atividades administrativas; • Atividades ou serviços distintos das funções regulares. Observação: Despesa de implementação não é passível para Carta Acordo destinada a Eventos / Treinamentos e Capacitações.

Instruções detalhadas no Manual de Prestação de Contas;

As seguintes despesas não são passíveis de financiamento pela OPAS/OMS, por meio de Carta Acordo: Para Cartas Acordo destinadas a Projeto: a. Serviços a serem fornecidos à OPAS/OMS. b. Bolsa de estudo; c. O Coordenador Técnico da Carta Acordo não pode ser remunerado com recurso do projeto; d. Estagiário; e. Inscrição de qualquer natureza; f. Subcontratar empresa para organização do evento - *compreende-se subcontratar uma empresa quando a instituição beneficiária terceiriza a organização do evento;

g. Shows e atrações artísticas; h. Transporte em perímetro urbano (ex.: passagem de ônibus, táxi, tarifas de pedágio); i. Combustível, lubrificante e manutenção de veículos da Instituição beneficiária e/ou particulares; j. Contratação de empresas ou pessoa física para terceirização da elaboração da prestação de contas; k. Contratação de empresas para terceirização de assessoria jurídica; l. Contratação de empresas para terceirização de assessoria contábil; m. Coquetel, recepção, jantar, sobremesa e bebida alcoólica; n. Prêmios, presentes, brindes, flores e decorações; o. Taxa de administração; p. Produto e/ou serviço, reforma adequação de espaço físico e infraestrutura como objeto da Carta Acordo; q. Aquisição de material permanente;

r. Readequação de espaço físico; s. Demais elementos de despesa que a OPAS/OMS vier a julgar que não são elegíveis e que não estejam vinculados à execução de atividades previstas na Carta Acordo.

Para Cartas Acordo destinadas a Eventos: a. O Coordenador Técnico da Carta Acordo não pode ser remunerado com recurso do projeto; b. Folha de pagamento de pessoal da Instituição beneficiária; c. Coquetel, recepção, jantar, sobremesa e bebida alcoólica; d. Prêmios, presentes, brindes, flores e decorações; e. Shows e atrações artísticas; f. Transporte em perímetro urbano (ex.: passagem de ônibus, táxi, tarifas de pedágio);

g. Taxa de administração;

h. Subcontratar empresa para organização do evento;

- i. Contratação de empresa ou pessoa física para terceirização da elaboração da prestação de contas;
- j. Contratação de empresas para terceirização de assessoria jurídica;
- k. Contratação de empresas para terceirização de assessoria contábil;
- l. Bolsa de pesquisa;
- m. Despesas de Implementação;
- n. Aquisição de material permanente;
- o. Readequação de espaço físico;
- p. Demais elementos de despesa que a OPAS/OMS vier a julgar que não são elegíveis e que não estejam vinculados à execução de atividades previstas na Carta Acordo.

A solicitação para Carta Acordo deverá estar com sua documentação completa e correta na OPAS, nos seguintes prazos:

- 30 (trinta) dias corridos antes do início da vigência prevista, para projetos com valor até o equivalente, em moeda nacional, a US\$ 100,000.00 (cem mil dólares americanos);
- 45 (quarenta e cinco) dias corridos antes do início da vigência prevista, para projetos com valor superior ao equivalente, em moeda nacional, a US\$ 100,000.00 (cem mil dólares americanos);

Observações: Os valores em moeda nacional serão convertidos em moeda americana no momento da aprovação da Carta Acordo, com base na taxa de câmbio das Nações Unidas estabelecido no primeiro dia útil do mês de aprovação da Carta Acordo.

Não é permitido qualquer tipo de alteração nos formulários da OPAS/OMS;

O Coordenador Técnico da Carta Acordo, não pode ser o Representante Legal, e nem ser remunerado com recurso destinado ao projeto;

A Unidade Técnica, responsável pela Carta Acordo, encaminhará o Manual para Prestação de Contas e os modelos de Relatórios Técnico e Financeiro para fins de prestações de contas parciais e/ou final, por e-mail.

Não é permitido reutilizar processo de licitação e o projeto de uma Carta Acordo para outra.

O cronograma de pagamentos deve refletir o valor das atividades esperadas a serem completadas pela Instituição beneficiária durante o período do calendário anual coberto pela Carta Acordo. O orçamento para execução da Carta Acordo só poderá ser utilizado após as assinaturas de ambas as partes. 1. A primeira parcela dos recursos destinados à execução do projeto será liberada após a assinatura da Carta Acordo pelas partes;

2. As parcelas intermediárias serão liberadas após o recebimento e aprovação, pela

Repasse e execução de recursos:

OPAS/OMS, do Relatório Técnico e Financeiro parcial demonstrando a utilização do equivalente a, no mínimo, 80% do recurso da parcela anterior;

3. A última parcela, equivalente a, no mínimo, 10% do valor total da Carta Acordo, será liberada, a título de ressarcimento, conforme montante executado e comprovado, após aprovação da prestação de contas e do relatório técnico final;

Para todas as Cartas Acordo será exigido um relatório intermediário de progresso. A análise da prestação de contas parcial/final será feita mediante a entrega deste relatório, conforme cronograma estabelecido no contrato aprovado. A OPAS/OMS segue a International Public Sector Accounting Standards Board - IPSASB e o cronograma de execução das atividades / elementos de despesas (anexo III) para definir a distribuição das parcelas.

A Instituição beneficiária terá que enviar a OPAS/OMS, até o último dia do mês de novembro de cada ano, o seguinte relatório devidamente preenchido e assinado:

Certificado de Implementação – Modelo OPAS/OMS, devidamente preenchido e assinado.

É facultado a qualquer das partes (OPAS/OMS e Instituição Beneficiária) declarar cessada a vigência da Carta Acordo, por meio de ofício, com aviso prévio de 30 dias.

Os recursos recebidos deverão ser devolvidos por boleto bancário emitido pela OPAS/OMS.

O orçamento só poderá incluir custos diretos discriminados de acordo com os Elementos de Despesa.

O orçamento para execução da Carta Acordo só poderá ser utilizado após o contrato ser assinado por ambas às partes, inclusive quando das suas emendas para extensão de prazo. O orçamento deverá ser apresentado com valores inteiros (Ex.: R\$ 42,00);

O orçamento deverá ser distribuído no mínimo em dois elementos de despesa;

Cada elemento de despesa não poderá ultrapassar 60% do valor total da Carta Acordo.

Somente para as Cartas Acordo destinadas a eventos o elemento de despesa Treinamento e Capacitação poderá ultrapassar 60% do orçamento.

O orçamento somente poderá ser alterado (em qualquer circunstância) mediante emenda conforme

Orçamento:

descrito abaixo no capítulo sobre Emendas.

A prestação de contas deverá ser encaminhada aos cuidados da Unidade Técnica responsável pela Carta Acordo na OPAS/OMS.

A prestação de contas final deverá ser encaminhada (em meio físico ou digital), em até 60 (sessenta) dias após o encerramento de sua vigência.

Para cumprir os requisitos da OPAS/OMS durante a execução do projeto e prestação de contas, seguir as regras estabelecidas no Manual de Prestação de Contas.

Os gastos deverão ser comprovados mediante apresentação das cópias (físicas ou digitalizadas), com carimbo “confere com o original”, de notas fiscais, faturas, guias de recolhimento, recibos, etc.; devidamente quitados.

A prestação de contas final deverá ser aprovada, os recursos devolvidos e a Carta Acordo encerrada no sistema em até 90 dias para que a instituição beneficiária não conste como inadimplente no sistema da OPAS.

A instituição beneficiária será incluída na lista de inadimplentes com a suspensão de financiamento de novos projetos (e/ou suspensão de pagamento de parcelas de outras cartas acordo celebradas entre a mesma instituição e a OPAS), quando:

- Houver descumprimento do prazo de encaminhamento da prestação de contas (após 60 dias do encerramento da Carta Acordo);
- Houver pendências nas devoluções de recurso não utilizado (De acordo com a data de vencimento do boleto);
- Após três cobranças de respostas aos ajustes solicitados;

A lista de instituições inadimplentes é elaborada e monitorada pela sede da OPAS. O cadastro da instituição é inativado o que impede ações administrativas no sistema.

A Carta Acordo poderá ser emendada, no máximo 3 (três) vezes, mediante solicitação formal da instituição com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento, nos seguintes casos:

Prestação de contas:

Emendas:

1. Alteração da vigência: desde que não ultrapasse o prazo permitido de execução total de 24 (vinte e quatro) meses e 120 (dias) antes do término do Termo de Cooperação que financia a Carta Acordo;
2. Alteração do valor: autorizada apenas com inclusão de atividades, desde que devidamente justificada e aprovada pela OPAS/OMS; 3. Alteração do Responsável Legal;
4. Inclusão ou remanejamento de Elemento de Despesa (Desde que o novo valor não ultrapasse o percentual máximo permitido para cada elemento)

A emenda de incremento de valor que ultrapassar a delegação de autoridade da Representação da OPAS/OMS no Brasil, US\$ 100,000.00 (cem mil dólares americanos), será analisada pelo Escritório Central da OPAS/OMS em Washington DC/EUA;

Para solicitar uma emenda a documentação de elegibilidade deverá estar válida;

A emenda terá validade após a assinatura de ambas as partes e deverá estar assinada antes do término da vigência da Carta Acordo original;

O projeto da Carta Acordo deverá especificar a propriedade intelectual dos produtos que sejam elaborados com os recursos da mesma. O detalhe da propriedade intelectual desses produtos sejam eles publicações, softwares, patentes ou outros deverão ser previamente acordados com a Coordenação Técnica da OPAS/OMS com a participação do Ministério da Saúde ou da contraparte solicitante, se corresponder. Em todos os casos, os produtos da Carta Acordo e as publicações que se originam pelo uso dos recursos da mesma, deverão apresentar registro da participação da OPAS/OMS na sua produção.

Se a Carta Acordo incluir qualquer atividade que possa constituir em pesquisa com seres humanos, seja por envolvimento direto (incluindo participação em pesquisa) ou através do uso de amostras ou dados humanos inidentificáveis, deverá apresentar o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, conforme definido no sistema CEP/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, antes de iniciar a atividade, e seguirá para análise e aprovação do Comitê de Revisão de Ética da OPAS/OMS (PAHOERC). Os eventos realizados com o apoio da OPAS/OMS poderão fazer uso da logomarca da

Propriedade intelectual:

Informações adicionais:

OPAS/OMS, desde que haja uma autorização prévia e formal por parte desta organização. As solicitações de uso da logomarca deverão ser encaminhadas para o endereço eletrônico: comunicacaoopasbrasil@paho.org, com cópia para a Unidade Técnica responsável. Em casos de dúvidas e maiores esclarecimentos em relação às instruções contidas neste documento, o contato deverá ser feito com a Unidade Técnica responsável pela respectiva Carta Acordo na OPAS/OMS.

Setor de Finanças Administração Junho/2018

ANEXO III - Modelos sugeridos pelo Fundo Nacional de Saúde-FNS.

I- Modelo de despacho para liberação do pagamento de parcela.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESPACHO

DSAST/SVS/MS

Brasília, 09 de outubro de 2018.

À Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPLAN/SVS)

Assunto: Solicitação para liberação de parcela do TED nº 114/2016, firmado com a Fundação Oswaldo Cruz.

Em resposta ao Despacho CGPLAN/SVS ([6059489](#)), que trata dos ofícios nº 743/2018-FIOCRUZ ([5852369](#)) e nº 744/2018-FIOCRUZ ([5852457](#)), trago a Declaração de Regular Execução da avença em epígrafe, em que esta Secretaria manifesta-se favorável à liberação da parcela número 4 (quatro), no valor de R\$ 287.500,00 (duzentos e oitenta e sete mil e quinhentos reais).

Francisco José Ribeiro Facchinetti

Analista em C&T

Daniela Buosi Rohlfs
Diretora/DSAST

Osnei Okumoto
Secretário de Vigilância em Saúde

II – Modelo de relatório de execução parcial de cumprimento do objeto.

RELATÓRIO DE EXECUÇÃO PARCIAL DE CUMPRIMENTO DO OBJETO

* Preenchimento Obrigatório de todos os campos

Dados Institucionais:

Entidade:	
CNPJ:	
Sigla da UF:	

Informações Gerais:

Instrumento Legal:	<input type="checkbox"/> TED	<input type="checkbox"/> Convênio	Nº:	
Objeto:				
Vigência:	Inicial	__/__/__		
	Final	__/__/__		

Informações Financeiras:

Valor total do TED/Convênio:			
Nº total de parcelas:			
Nº de parcelas recebidas:		Valor total das parcelas recebidas:	
Nº da parcela solicitada: <small>Para liberação do valor desta parcela é necessária a execução de no mínimo 70% do valor da última recebida.</small>		Valor da Parcela Solicitada:	

Execução Física:

Meta 1:	
Descrição das atividades desenvolvidas para o alcance da meta 1:	
% Executado	

Meta 2:	
---------	--

Descrição das atividades desenvolvidas para o alcance da meta 2:	
% Executado	

Meta 3:	
Descrição das atividades desenvolvidas para o alcance da meta 3:	
% Executado	

Solicitação de Desembolso:

Nº da parcela:	
Justificativa para solicitação de desembolso: Este campo deve conter justificativa para solicitação de liberação da parcela.	

LOCAL:

DATA: ___/___/_____

Assinatura

Inserir NOME DO DIRIGENTE OU REPRESENTANTE LEGAL

III – Modelo de ofício de declaração de regular execução e de liquidação de despesas para Termo de Execução Descentralização (TED).

Ofício nº (Ofício individual para cada TED)

Ao Senhor, Dr. Antônio Carlos Rosa Júnior Diretor Executivo do Fundo Nacional de Saúde Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Anexo, 2º andar, sala 205 A. 70058-901 Brasília—DF

Assunto: Declaração de Regular Execução e de Liquidação de Despesas Termo de Execução Descentralizada (TED) nº

Prezado Senhor,

Declara-se à Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde FNS/Ministério da Saúde, nos termos da legislação vigente, para fins de recebimento da [primeira ou única] parcela [seguinte] do Termo de Execução Descentralizada em epígrafe, que a [nome da Entidade] está em situação regular com a execução do Plano de Trabalho e que os documentos comprobatórios estão à disposição do Ministério da Saúde para verificação.

Informa-se, que em sintonia com o apresentado com a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, que alterou a Constituição Federal de 1988 e instituiu o Novo Regime Fiscal, a parcela do Termo de Execução Descentralizada a ser liberada encontra-se liquidada conforme pode ser verificado no SIAFI.

Dessa forma, solicita-se a liberação da próxima parcela nos termos do Quadro Resumo abaixo:

Quadro Resumo

Instrumento Valor Fonte Área Técnica Percentual de liquidação da parcela (SIAFI)

[Quando for o caso, a Entidade poderá apresentar justificativa para o adiantamento de valores para cobrir necessidades financeiras nas quais não é cabível a liquidação prévia, tais como o pagamento direto de bolsas de estudo e ou de diárias, conforme exemplo abaixo:

Solicita-se, ainda, adiantamento de recursos para o pagamento direto de bolsas de estudo e/ou de diárias e passagens, tendo em vista que o referido TED se enquadra nos casos excepcionais nos quais não é cabível a liquidação prévia.]

Por fim, faz-se necessária a liberação de consulta externa ao SEI referente ao processo deste Instrumento, no período de 180 dias, para fins de agilidade no acompanhamento e monitoramento. As informações devem ser encaminhadas para o email [institucional@entidade.br].

ANEXO IV – A História da Saúde e da Vigilância no Brasil

A saúde começa a ser pensada ainda no Brasil colônia, 1829, com a criação da junta de higiene pública, o que até 1850 se limitava ao contexto sanitaristas, com juntas municipais e controle dos portos (Benchimo, 2010).

Com a força do capitalismo avançando pelo mundo no pós-guerra, por volta de 1947, o Brasil começa a se institucionalizar com as conferências nacionais de saúde pelo Brasil, mas somente com a constituição de 1988 com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS, surge uma ação articulada dos entes federativos com vista a garantia dos direitos sociais à saúde.

Destaca-se o papel da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) quando se legitimou o projeto do movimento da reforma sanitária, que criou condições políticas pela luta de um Sistema Único de Saúde universal, que nasce com a ideia de universalização e de promover ações integradas entre os entes federativos das três esferas (União, Estados e Municípios), organizados em redes regionalizadas em todo o território nacional.

Já em 1990 é promulgada a Lei 8.080/1990, que operacionaliza o SUS. Ela regula em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, tanto de baixa, média e alta complexidade e instituiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União, o que exigiu reformulações que vieram por meio do Decreto 7.336/2010.

- **Vigilância em Saúde**

Ainda no século XVII se percebe as principais ações de vigilância em saúde com práticas de quarentena e de controle sanitário dos portos. E em 1903, com Osvaldo Cruz, assume um processo que resulta na reorganização dos serviços de higiene que confere ao Governo Federal a responsabilidade de coordenar ações de prevenção e controle de doenças transmissíveis. No ano de 1968 é criado o Centro de Investigação Epidemiológica (CIE), com a aplicação de práticas modernas de vigilância e, em 1975, com a quinta Conferência Nacional de Saúde, é proposto um sistema de vigilância epidemiológica no país.

Dessa forma, o conceito de vigilância ganha espaço e atenção das autoridades e da sociedade, que se caracteriza como sendo a detecção, análise e disseminação de informações sobre doenças relevantes, que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo (Langmuir, 2006). Já o médico Theco K. Raska, define vigilância como “...o estudo epidemiológico de uma enfermidade, considerada como um processo dinâmico que abrange a ecologia dos agentes infecciosos,

hospedeiros, os reservatórios e vetores, assim como os complexos mecanismos que intervêm na propagação de infecção e a extensão com que essa disseminação ocorre (Langmuir, 2006)”.

Observa-se que as características do modo operante da vigilância são: ser contínua, permanente e sistemática, com objetivos e metas a serem alcançadas. Ou seja, implica em se trabalhar as pesquisas na busca de dados acerca dos casos de morbidade e de mortalidade para a análise da situação de determinadas doenças e seus fatores de risco, por meio do estabelecimento de controle de doenças.

Em 2003 o Ministério da Saúde reorganiza sua estrutura orgânica criando a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, com cinco departamentos, sendo responsáveis por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira. (Site: www.portalsaude.gov.br)

Essa mudança na estrutura do Ministério trouxe para o contexto de saúde as ações de vigilância ambiental e a saúde do trabalhador e da trabalhadora. Assim, pensando ainda na conceitualização de vigilância se adotará como um conjunto de ações de vigilância epidemiológica que proporcionam o conhecimento, a detecção e/ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

Dessa forma, o papel da SVS de fomentar a vigilância, por meio de seus departamentos, entre eles o de Vigilância em Saúde Ambiental e de Saúde do Trabalhador – DSAST, age na direção de desenvolver pesquisas e estudos com o objetivo de fortalecer o sistema de saúde com a criação de ações, políticas, programas de prevenção e controle da saúde da sociedade, por meio de suas duas Coordenações Gerais de Vigilância em Saúde Ambiental e de Vigilância em Saúde do Trabalhador, respectivamente, conhecidas pelas siglas CGVAM e CGST.

A Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental – CGVAM é responsável por um conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e nos condicionantes do meio ambiente com intervenções na saúde humana com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou a outros agravos. (Site: www.saude.gov.br)

Já a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador – CGST visa a promoção da saúde e a redução das taxas de morbidade e de mortalidade da população trabalhadora, por meio da integração

de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos. (Site: www.saude.gov.br)

E finalmente o Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador-DSAST fecha essa linha lógica na estratégia de gerir o subsistema nacional de vigilância em saúde incluindo como atividade a coordenação, a implementação das ações de vigilância, gerenciando o subsistema de informações da vigilância ambiental em saúde. (Site: www.saude.gov.br)

Logo, chega-se a ao tema do trabalho que tem como proposta o aprimoramento dos processos de monitoramento das pesquisas acerca do DSAST, que é uma célula do Ministério da Saúde que tem importante papel na formulação de políticas, ações e programas de saúde para a sociedade, indo ao encontro dos seus objetivos e diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde-SVS, em que há um enorme desafio na prática de gestão em identificar, selecionar conhecimento, métodos, técnicas e instrumentos de trabalho que apoiem a tomada de decisão e a condução do processo de implementação de políticas, planos de ação e programas sob sua responsabilidade.

Todavia, o aperfeiçoamento do processo de planejamento e gestão pública em saúde demanda acesso às informações de natureza técnica-científica e político-institucional, em busca de conhecimento e tecnologia de formulação, implementação e avaliação de intervenções destinadas a melhoria da saúde da população e, principalmente, do fortalecimento do SUS.

- **Papéis do Ministério da Saúde, de Sua Secretaria de Vigilância em Saúde e do DSAST**

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros.

É função do Ministério da Saúde dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

O Ministério da Saúde tem como missão:

“Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da

qualidade de vida e para o exercício da cidadania". (Site: www.saude.gov.br)

Já a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), representada pelos seus cinco Departamentos, é responsável, em âmbito nacional, por todas as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis, pela vigilância de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador e também pela análise de situação de saúde da população brasileira.

Dentre as competências da SVS estão a coordenação de programas de prevenção e controle de doenças transmissíveis de relevância nacional, como aids, dengue, malária, hepatites virais, doenças imunopreveníveis, leishmaniose, hanseníase e tuberculose e do Programa Nacional de Imunizações (PNI); investigação de surtos de doenças; coordenação da rede nacional de laboratórios de saúde pública; gestão de sistemas de informação de mortalidade, agravos de notificação obrigatória e nascidos vivos; realização de inquéritos de fatores de risco; coordenação de doenças e agravos não-transmissíveis e análise de situação de saúde, incluindo investigações e inquéritos sobre fatores de risco de doenças não transmissíveis; e gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluído o ambiente de trabalho.

E o DSAST está vinculado a SVS e é responsável por gerir o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental, incluindo ambiente de trabalho. O departamento coordenar a implementação da política e o acompanhamento das ações de vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e propõe e desenvolve metodologias e instrumentos de análise e comunicação de risco em vigilância ambiental. O departamento também gerencia o Sistema de Informação da Vigilância Ambiental em Saúde.

- **Da Estrutura Regimental do Ministério da Saúde**

A Estrutura Regimental do Ministério da Saúde foi definida pelo [Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016](#), que estabeleceu sua organização e competências, conforme apresentado abaixo:

I - órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde

a) Gabinete;

b) Secretaria-Executiva:

1. Subsecretaria de Assuntos Administrativos;
2. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento;
3. Diretoria-Executiva do Fundo Nacional de Saúde;
4. Departamento de Logística em Saúde;
5. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento;
6. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS;
7. Departamento de Informática do SUS; e
8. Núcleos Estaduais;

c) Consultoria Jurídica; e

d) Corregedoria-Geral;

II - órgãos específicos singulares

a) Secretaria de Atenção à Saúde:

1. Departamento de Atenção Básica;
2. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência;
3. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas;
4. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas;
5. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro;
6. Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde;
7. Departamento de Atenção Especializada e Temática;
8. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva;
9. Instituto Nacional de Cardiologia; e
10. Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad;

b) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde:

1. Departamento de Gestão da Educação na Saúde;
2. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde; e
3. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde.

c) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos:

1. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;
2. Departamento de Ciência e Tecnologia;
3. Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde; e
4. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde;

d) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa:

1. Departamento de Apoio à Gestão Participativa;
2. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS;
3. Departamento Nacional de Auditoria do SUS;
4. Departamento de Articulação Interfederativa;

e) Secretaria de Vigilância em Saúde:

1. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis;
2. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde;
3. Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde;
4. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais; e
5. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador;

f) Secretaria Especial de Saúde Indígena:

1. Departamento de Atenção à Saúde Indígena;
2. Departamento de Gestão da Saúde Indígena;
3. Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena; e
4. Distritos Sanitários Especiais Indígenas;

III - órgãos colegiados

a) Conselho Nacional de Saúde;

b) Conselho de Saúde Suplementar; e

c) Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC;

IV - Entidades vinculadas

a) autarquias:

2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; e
3. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

b) fundações públicas:

2. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA; e
3. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

c) sociedades de economia mista:

2. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.;
3. Hospital Fêmina S.A.; e
4. Hospital Cristo Redentor S.A.

d) empresa pública:

1. Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia - HEMOBRÁS.