

Relatório Sistêmico de Fiscalização
Saúde

fisc

2015-2016



República Federativa do Brasil

Tribunal de Contas da União

Ministros

Raimundo Carreiro (Presidente)
José Múcio Monteiro (Vice-presidente)
Walton Alencar Rodrigues
Benjamin Zymler
Augusto Nardes
Aroldo Cedraz de Oliveira
Ana Arraes
Bruno Dantas
Vital do Rêgo

Ministros-Substitutos

Augusto Sherman Cavalcanti
Marcos Bemquerer Costa
André Luís de Carvalho
Weder de Oliveira

Ministério Público junto ao TCU

Paulo Soares Bugarin (Procurador-Geral)
Lucas Rocha Furtado (Subprocurador-geral)
Cristina Machado da Costa e Silva (Subprocuradora-geral)
Marinus Eduardo de Vries Marsico (Procurador)
Júlio Marcelo de Oliveira (Procurador)
Sérgio Ricardo Costa Caribé (Procurador)
Rodrigo Medeiros de Lima (Procurador)



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Relatório Sistemico de Fiscalização

Saúde

Exercício 2015-2016

Relatoria:

BRUNO DANTAS

Ministro

BRASÍLIA, 2017



© Copyright 2017, Tribunal de Contas de União
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

<www.tcu.gov.br>

Permite-se a reprodução desta publicação,
em parte ou no todo, sem alteração do conteúdo,
desde que citada a fonte e sem fins comerciais.

Brasil. Tribunal de Contas da União.

Relatório sistêmico de fiscalização : Saúde : exercício 2015-2016 /
Tribunal de Contas da União; Relatoria Ministro Bruno Dantas. – Brasília :
TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2017.

79p. – (Relatório Sistêmico de Fiscalização - Fisc)

1. Saúde pública. 2. Sistema de saúde. Saúde – auditoria. I. Dantas,
Bruno. II. Título. III. Série. IV. FiscSaúde.

Catálogo na fonte: Biblioteca Ministro Ruben Rosa

Mensagem do Presidente

O Tribunal de Contas da União, em seu contínuo propósito de aprimorar a eficiência de seus processos de trabalho e oferecer melhores serviços ao Estado e à sociedade, vem editando, desde 2013, os Relatórios Sistêmicos de Fiscalização (Fiscs). Trata-se de amplo diagnóstico dos investimentos públicos em determinada função de governo, bem como panorama sobre a gestão da respectiva política pública. Nestes trabalhos é retratada análise financeira e orçamentária do tema abordado, com o fim precípuo de contribuir para o aumento da qualidade e eficiência dos serviços públicos prestados aos cidadãos.

Por meio dos Relatórios Sistêmicos, é oferecida ao Congresso Nacional, aos gestores públicos e à sociedade em geral, uma visão sistêmica e integrada das funções de governo. Além disso, os Fiscs podem ser instrumentos propositivos, pois, ao identificar fragilidades na alocação de recursos ou na execução de determinada política, são apontados os principais problemas na função, na visão do Tribunal, bem como apresentadas propostas de questões mais complexas, para posterior acompanhamento pela Corte de Contas.

Desse modo, o TCU potencializa a transparência no setor público, pois apresenta em linguagem simples e clara as questões centrais

da política fiscalizada, como, por exemplo, onde são aplicados os recursos, como o governo monitora a política e quais os entraves que ainda precisam ser solucionados. Amplia-se, dessa forma, a publicidade de dados e informações, que poderão orientar a adoção de medidas de aprimoramento da gestão e do desempenho da administração pública. Ao apresentar a evolução de questões relevantes para a melhoria dos resultados da administração pública, o TCU contribui para a eliminação dos gargalos que dificultam as ações governamentais e para a solução dos grandes problemas nacionais.

No presente Relatório Sistêmico de Fiscalização da Função Saúde (FiscSaúde 20152016), desenvolvido pela Secretaria de Controle Externo da Saúde, são apresentados os resultados de 27 dos principais trabalhos realizados pelo TCU nesse biênio, dentre os quais destaco:

- a. atualização do modelo de avaliação dos sistemas de saúde brasileiros – público e privado – por meio de indicadores, apresentado inicialmente no FiscSaúde 2013;
- b. 2ª edição da cartilha “Orientações para Conselheiros de Saúde”, que sistematiza a forma de acompanhamento da aplicação dos recursos que compõem os fundos es-

taduais e municipais de saúde e se destina a contribuir para o aperfeiçoamento da formação dos conselheiros de saúde, e por consequência, do controle social;

c) Índice de Governança e Gestão em Saúde (iGGSaúde), resultado de levantamento realizado pelo TCU em conjunto com outros 26 tribunais de contas estaduais e municipais, para obtenção e sistematização de informações sobre governança e gestão em

saúde nas organizações públicas. O iGGSaúde representa referência e instrumento de autoavaliação da capacidade dos entes federativos nessa área e, também, guia no processo de melhoria dos órgãos e entidades envolvidos.

Assim, é com grande satisfação que disponibilizamos mais este resultado da efetiva atuação do Tribunal de Contas da União em prol do aprimoramento da gestão pública.

Brasília, 24 de julho de 2017

RAIMUNDO CARREIRO

Presidente do Tribunal de Contas da União

Mensagem do Relator

O Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2015-2016 foi elaborado com o objetivo de dar transparência a aspectos relevantes da Função Saúde e informar sobre os principais trabalhos realizados pelo TCU acerca do assunto nos últimos dois exercícios.

Em continuidade aos anteriores relatórios sistêmicos da Função Saúde, este buscou igualmente obter elementos para aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos do Congresso Nacional. Longe de objetivar a realização de um completo diagnóstico da situação da saúde do país, os Relatórios Sistêmicos de Fiscalização (Fisc) contêm informações relevantes aos controles externo, social e legislativo. A publicidade dos temas ora tratados pode e deve ser promovida com a finalidade de transmitir as informações técnicas produzidas por este Tribunal por meio de linguagem acessível ao público geral.

Em síntese, o trabalho brinda o usuário da informação com: (i) breve histórico de cada FiscSaúde realizado pelo Tribunal desde 2013; (ii) contexto sobre a Função Saúde (relevância, execução orçamentária geral e por subfunções); (iii) atual estrutura organizacional

do Ministério da Saúde; (iv) vinculação entre a saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável; (v) situação da saúde brasileira a partir de indicadores e; (vi) atuação do TCU na área no biênio 2015-2016.

Destaco a quantidade e qualidade das informações deste Relatório de Levantamento, cujos dados devem chegar ao conhecimento das principais partes envolvidas que compartilham o desafio de trabalhar pela melhoria da saúde pública brasileira, em especial: o Congresso Nacional, suas comissões e consultorias legislativas; o Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus); o Ministério Público Federal; a Casa Civil da Presidência da República; os Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Federal de Medicina (CFM); o Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU); e a Defensoria Pública da União.

Assim, convido o leitor a navegar pela amigável leitura deste FiscSaúde, que se destaca por lograr conferir linguagem acessível aos trabalhos eminentemente técnicos deste Tribunal.

Ministro BRUNO DANTAS

Relator

Sumário

Introdução	15
Breve contexto	17
1. A função Saúde	17
2. O Ministério da Saúde	20
3. A Saúde e os ODS	22
Atuação do TCU na área da Saúde (2015-2016).....	24
1. Situação da Saúde a partir de indicadores	24
1.1 Situação de saúde	28
1.2 Determinantes de Saúde	31
1.3 Desempenho do sistema de saúde	36
1.4 Estrutura de saúde	40
2. Publicações	45
2.1 2ª edição da cartilha “Orientações para Conselheiros de Saúde”	45
2.2 Sumário executivo da auditoria coordenada na gestão da Atenção Básica à saúde no Brasil	45
3. Ministério da Saúde	47
3.1 Auditoria operacional sobre judicialização da Saúde	47
3.2 Auditoria em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)	49
3.3 Auditoria operacional em mamógrafos (2º monitoramento)	50
3.4 Aspectos da Política Nacional de Assistência à Saúde Integral da Mulher	51
3.5 Auditoria operacional no Sistema Nacional de Auditoria do SUS	53
3.6 Representação acerca de irregularidades na atuação do FNS	54
3.7 Acompanhamento das ações do MS no combate ao <i>Aedes Aegypti</i>	55
3.8 Auditoria operacional no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites	56

Sumário

4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	57
4.1 Auditoria sobre a sistemática de ressarcimento ao SUS (2º monitoramento)	57
4.2 Auditoria operacional para avaliar a capacidade de fiscalização da ANS	58
5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)	59
5.1 Auditoria operacional no controle pós-registro de medicamentos	59
6. Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)	61
6.1 Fiscobras 2016 – obras de implantação da fábrica da Hemobrás	61
7. Fundação Nacional de Saúde (Funasa)	62
7.1 Auditoria operacional sobre resíduos sólidos (3º monitoramento)	62
7.2 TCE em aquisição de medicamentos pela Funasa	63
7.3 Auditoria operacional nos controles internos da Funasa nos estados do AC, AM e RO	64
8. Outros trabalhos relevantes	65
8.1 Perfil de governança e gestão em saúde das administrações públicas estadual e municipal (iGGSaúde)	65
8.2 Representação acerca de irregularidades no Conselho Federal de Odontologia	67
8.3 Representação acerca de irregularidades na SES-DF	67
8.4 Contratos de gestão com Organizações Sociais e a LRF	68
8.5 Acompanhamento do Programa Mais Médicos	69
8.6 Auditoria na regulação do acesso à assistência à saúde em GO	70
8.7 Auditoria na Secretaria de Estado de Saúde do Amapá	71
8.8 Acompanhamento da regulação da atenção à saúde em MT	72
8.9 Auditoria no gerenciamento dos prestadores de serviços de saúde em Cuiabá/MT	72
Proposta de encaminhamento.....	74
Voto	75
Acórdão N° 1070/2017 – TCU – Plenário	77
Notas.....	79

Lista de siglas

AGU	Advocacia-Geral da União
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC	Autorização de Procedimentos de Alto Custo
Atricon	Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil
BPS	Banco de Preços em Saúde
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNM	Confederação Nacional dos Municípios
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conitec	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
CONSU	Conselho de Saúde Suplementar
Cosocial	Coordenação-Geral de Controle Externo da Área Social e da Região Nordeste
Datusus	Departamento de Informática do SUS
Denasus	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DMI	Dispositivos médicos implantáveis
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Fisc	Relatório sistêmico e temático sobre funções de governo
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FOC	Fiscalização de Orientação Centralizada
Funasa	Fundação Nacional de Saúde
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
Hemobrás	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
HFA	Hospital Federal do Andaraí
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HFCF	Hospital Federal Cardoso Fontes

Lista de siglas

HFI	Hospital Federal de Ipanema
HFL	Hospital Federal da Lagoa
HFSE	Hospital Federal dos Servidores do Estado
IEC	Instituto Evandro Chagas
iGestSaúde	Índice de Gestão em Saúde
iGGSaúde	Índice de Governança e Gestão em Saúde
iGovSaúde	Índice de Governança em Saúde
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
Inca	Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva
Into	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad
IRB	Instituto Rui Barbosa
Lacen	Laboratório Central de Saúde Pública
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MS	Ministério da Saúde
Notivisa	Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPME	Órteses, próteses e materiais especiais
OS	Organização social
PCDT	Protocolos de uso, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas
Proveme	Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos
Qualicito	Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SecexAmbiental	Secretaria de Controle Externo da Agricultura e do Meio Ambiente

Lista de siglas

SecexPrevidência	Secretaria de Controle Externo da Previdência, do Trabalho e da Assistência Social
SecexSaúde	Secretaria de Controle Externo da Saúde
Segecex	Secretaria-Geral de Controle Externo
SeinfraUrbana	Secretaria de Fiscalização de Infraestrutura Urbana
Semag	Secretaria de Macroavaliação Governamental
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Sidra	Sistema do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de Recuperação Automática
Sisaud/SUS	Sistema de Auditoria do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNA	Sistema Nacional de Auditoria do SUS
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SRC	Serviço de referência para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo do útero
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Tabnet	Tabuladores Desenvolvidos na Interface da Internet
TCE	Tomada de Contas Especial
TCU	Tribunal de Contas da União
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefone

Lista de Figuras

Figura 1	Ministério da Saúde – estrutura organizacional	20
Figura 2	Ministério da Saúde – entidades vinculadas e despesa liquidada (2016)	21
Figura 3	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	23
Figura 4	Esquema do modelo de avaliação do sistema de saúde (FiscSaúde 2013)	25
Figura 5	Modelo de avaliação do sistema de saúde - indicadores atualizados	26

Lista de gráficos

Gráfico 1	Percentual de execução orçamentária por modalidade de aplicação (liquidado) (2002-2016)	18
Gráfico 2	Valores liquidados nas subfunções típicas da Função Saúde (2009-2016)	19
Gráfico 3	Taxas de prevalência de Diabetes (de 20 a 79 anos)	28
Gráfico 4	Taxas de prevalência de diabetes por gênero nas capitais brasileiras (maiores de 18 anos)	29
Gráfico 5	Evolução da prevalência de diabetes nas capitais do Brasil (por grupos específicos)	30
Gráfico 6	Prevalência internacional de adultos obesos por gênero	32
Gráfico 7	Prevalência de adultos obesos por gênero nas capitais do Brasil	33
Gráfico 8	Prevalência internacional de adultos com sobrepeso por gênero	34
Gráfico 9	Prevalência de adultos com sobrepeso por gênero nas capitais do Brasil	35
Gráfico 10	Obesidade e sobrepeso por capitais do Brasil em 2014	36
Gráfico 11	Taxas internacionais de consultas médicas por habitantes em 2012	37
Gráfico 12	Taxas domésticas de consultas médicas por habitantes em 2012	39
Gráfico 13	Taxas internacionais de médicos por mil habitantes em 2013	41
Gráfico 14	Taxas nacionais de médicos por mil habitantes em 2014	42
Gráfico 15	Percentuais de médicos por vínculo empregatício	43
Gráfico 16	Percentuais nacionais de médicos especialistas e generalistas em 2014	43
Gráfico 17	Evolução do número de médicos registrados no CNES	44
Gráfico 18	Despesas do Ministério da Saúde para cumprir decisões judiciais (2008-2015)	48
Gráfico 19	Mamografias registradas (2008-2016)	50
Gráfico 20	Implantação do componente da auditoria interna do SUS nos entes federados	53
Gráfico 21	Tipos de disposição final dos resíduos sólidos urbanos, por região (2014)	62
Gráfico 22	Distribuição de frequência do iGGSaúde por estágio de capacidade	66

Lista de tabelas

Tabela 1	Execução Orçamentária da União, por função (liquidado) (2016)	17
Tabela 2	Evolução das taxas internacionais de consultas médicas por habitante	38
Tabela 3	Registro Hospitalar de Câncer – Intervalo de tempo (em dias) segundo faixas entre 1ª consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento, consulta e tratamento	52
Tabela 4	Possíveis tomadas de contas especiais não instauradas pelo FNS	54
Tabela 5	Número de casos de dengue, febre chikungunya e zika (2016)	55
Tabela 6	ANS – multas aplicadas x multas arrecadadas (R\$) (2011-2015)	58
Tabela 7	Número de notificações de eventos adversos - Notivisa e Periweb (2014-2016)	60
Tabela 8	Execução orçamentária e financeira da Ação 10GG (2012-2016)	63



Introdução

Em 2013, o Tribunal de Contas da União (TCU) iniciou a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas, denominados Fisc, com o objetivo de aprimorar o controle externo e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas.

Ao final de 2014, haviam sido produzidos pelo Tribunal dezoito Fisc, nos temas: Saúde; Assistência Social; Previdência; Trabalho; Cultura; Educação; Turismo; Gestão Ambiental; Judiciário; Energia Elétrica; Hidrovias; Tecnologia da Informação; Indigenista; Pessoal e Segurança Pública, contendo informações estruturadas e diagnósticos abrangentes nas respectivas áreas.

Os FiscSaúde 2013¹ e 2014² apresentaram, em resumo:

- a. dados orçamentários e financeiros, com informações sobre execução orçamentária e gasto tributário, blocos de financiamento e aplicação mínima em saúde, entre outros;
- b. em 2013, elaborado modelo de avaliação dos sistemas público e privado de saúde por meio de indicadores, por meio do qual se observou que o sistema de saúde brasileiro havia melhorado ao longo dos anos, com aumento da expectativa de vida, redução de indicadores de mortalidade, maior acesso às ações e serviços de saúde e crescimento dos gastos públicos. O maior problema identificado era a forte desigualdade, tanto entre os sistemas público e privado, quanto entre as regiões do país. Em 2014, novos indicadores foram incorporados ao modelo;
- c. em 2013, levantamento na assistência hospitalar no SUS, que teve como objetivo a identificação dos principais problemas da assistência hospitalar do SUS, nas áreas de serviços hospitalares, recursos humanos, medicamentos e insumos, equipamentos, estrutura física e apoio, comissão de controle de infecção hospitalar e sistemas informatizados. Na execução dos trabalhos, foram visitados 116

hospitais federais, estaduais e municipais em todo o Brasil;

- d. grandes temas acompanhados pelo TCU: Cartão SUS; Atenção Básica; ressarcimento ao SUS; medicamentos; Hemobrás; e Política Nacional de Atenção Oncológica;
- e. trabalhos relevantes realizados na área da saúde, em cada exercício.

Conforme os Fisc foram sendo produzidos em número cada vez maior, identificou-se a necessidade de abordagem uniforme e integrada, o que resultou, num primeiro momento, na instituição de grupo de trabalho no âmbito da então Coordenação-Geral de Controle Externo da Área Social e da Região Nordeste (Cosocial), para propor aprimoramentos na estrutura dos relatórios, que pudessem ser utilizados também para subsidiar os de outras áreas (Ordem de Serviço-Segecex 5/2015).

Com base nas conclusões daquele grupo de trabalho e ante as considerações apresentadas pelo Plenário do TCU quando da apreciação dos FiscEducação e FiscSaúde,

ambos de 2014, por meio dos Acórdãos 1089/2014 e 426/2016, respectivamente, acerca de oportunidades de melhoria que poderiam ser incorporadas aos relatórios sistêmicos, foi instituído pela Segecex novo grupo de trabalho, para propor conceitos-padrão, modelos de relatórios e sistemática de divulgação (Ordens de Serviço-Segecex 4 e 10/2016). Ao final de 2016, os trabalhos do grupo não haviam sido concluídos.

Na Sessão Plenária de 2/3/2016, quando o Tribunal apreciou o FiscSaúde 2014, foi sugerido à Segecex que reavaliasse a periodicidade anual de elaboração dos Fisc, tendo em vista a amplitude do escopo dos relatórios, o volume significativo de dados e a necessidade de maturar os correspondentes achados, além da escassez de recursos humanos das unidades técnicas.

Nessa linha, e uma vez que o modelo de elaboração dos Fisc não foi ainda validado pela Segecex, ficou acordado com o Gabinete do Ministro Bruno Dantas, relator destes autos, que o presente FiscSaúde apresentará as conclusões dos principais trabalhos na área da saúde, realizados pelo TCU nos últimos dois exercícios.

Breve contexto

1. A função Saúde

A Função Saúde representa o terceiro maior conjunto de despesas no orçamento na União, entre todas as funções orçamentárias (Tabela 1)

O financiamento das ações e serviços de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do Sistema Único de

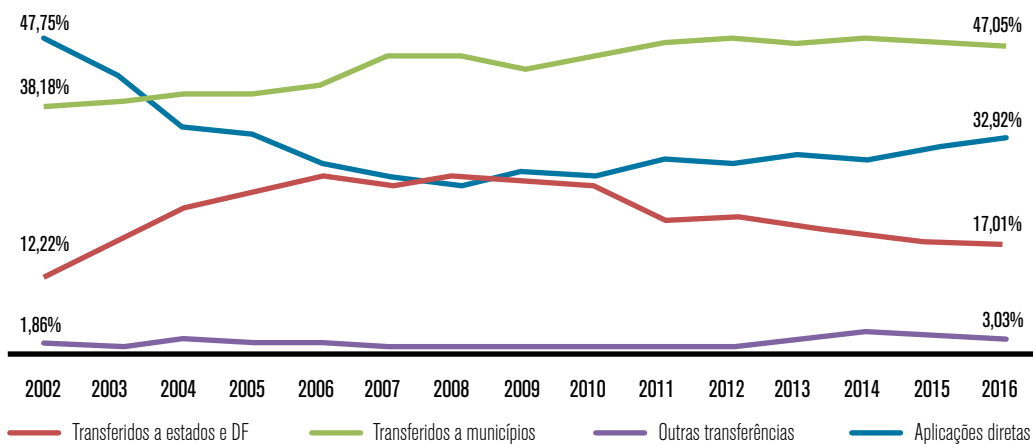
Saúde (SUS), sendo a União a principal financiadora.

É crescente a descentralização aos municípios da execução orçamentária na Função Saúde, de forma que, em 2016, 47,05% do total foi executado por esses entes federados. Apenas 32,92% do orçamento federal

Tabela 1: Execução Orçamentária da União, por função (liquidado) (2016)

Função	R\$ bilhões	%
28 - Encargos Especiais	1.459,26	56%
09 - Previdência Social	594,84	23%
10 - Saúde	100,46	4%
12 - Educação	94,43	4%
08 - Assistência Social	78,23	3%
11 - Trabalho	70,06	3%
05 - Defesa Nacional	54,45	2%
02 - Judiciária	31,26	1%

Fonte: Tesouro Gerencial

Gráfico 1: Percentual de execução orçamentária por modalidade de aplicação (liquidado) (2002-2016)

Fonte: Tesouro Gerencial

da saúde foi gasto, de forma direta, pela própria União. (Gráfico 1)

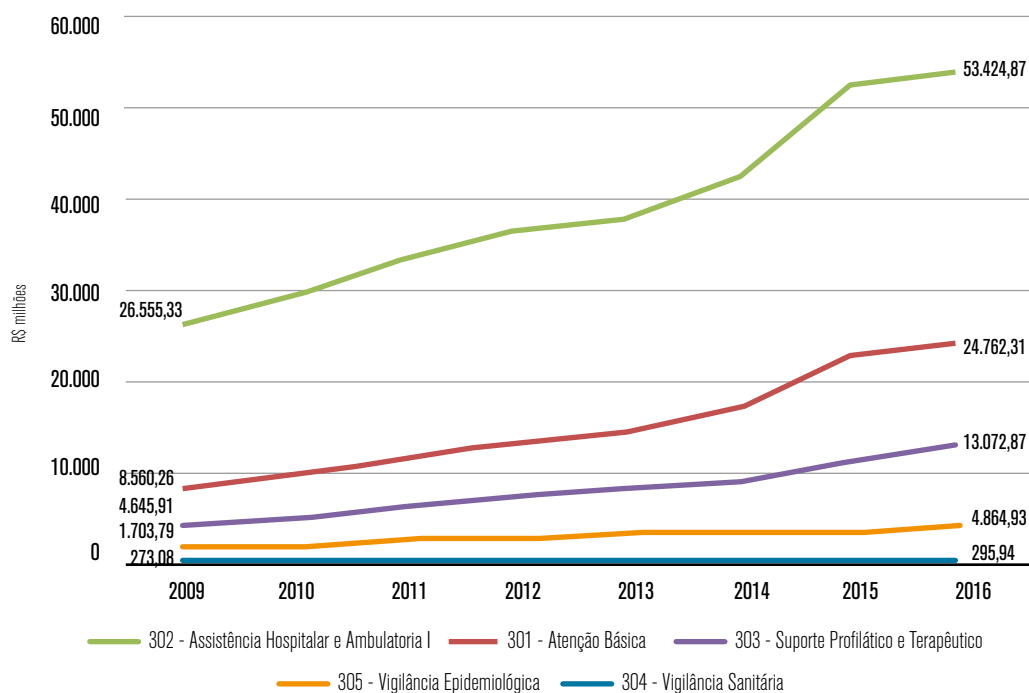
Os recursos são transferidos para os fundos estaduais e municipais de maneira regular e automática, conforme os compromissos e metas pactuados nos Termos de Compromisso de Gestão. Atualmente, há seis blocos de financiamento: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde. Aos municípios cabe a gestão e execução das ações e serviços de saúde, em especial as ações da Atenção Básica.

No entanto, o Ministério da Saúde anunciou, em 7/2/2017, que o repasse dos recursos deixará de ser efetuado por meio dos citados blocos temáticos e passará a ser feito em apenas duas modalidades: custeio e investimento. Foi criado grupo de trabalho para propor as regras de

transição de um modelo para o outro, que serão discutidas no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), formada pelo Ministério, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

As principais subfunções da Função Saúde são:

- a. Atenção Básica, que abrange as ações desenvolvidas para atender as demandas básicas de saúde, tais como divulgação de medidas de higiene, acompanhamento domiciliar das condições de saúde da população de baixa renda e outras medidas e ações preventivas ou curativas;
- b. Assistência Hospitalar e Ambulatorial, referente à cobertura de despesas relativas a procedimentos que demandem

Gráfico 2: Valores liquidados nas subfunções típicas da Função Saúde (2009-2016)

Fonte: SIGA Brasil

profissionais especializados e utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento, a exemplo de cirurgias ambulatoriais, fisioterapia, próteses e órteses, anestesia;

- c. Suporte Profilático e Terapêutico, que envolve as ações voltadas para produção, distribuição e suprimento de drogas e produtos farmacêuticos em geral;
- d. Vigilância Sanitária, relativa ao conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos

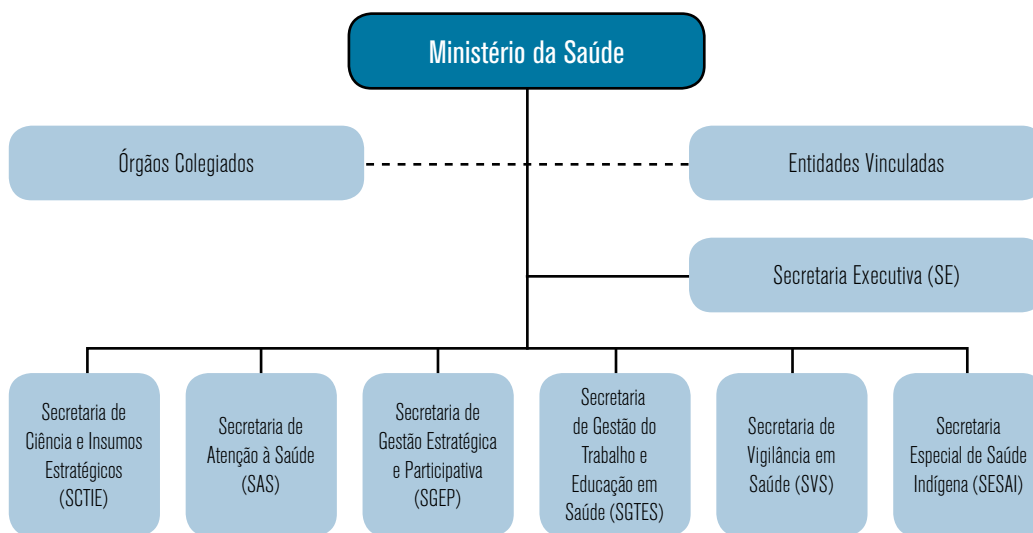
problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde; e

- e. Vigilância Epidemiológica, que compreende as ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

2. O Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde possui a seguinte estrutura organizacional, resumida:

Figura 1: Ministério da Saúde – estrutura organizacional



A SE supervisiona e coordena as atividades das demais secretarias do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas, bem como as relacionadas a administração, planejamento e orçamento, recursos humanos, informática e serviços gerais. O Departamento de Informática do SUS (Datapus) e os Núcleos Estaduais do Ministério (NEMS) estão subordinados a essa unidade.

A SCTIE tem como principais competências a formulação, implementação e avaliação das Políticas Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde, de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, incluindo hemoderivados, vacinas, imunobiológicos e outros insumos relacionados. Cabe à secretaria viabilizar a cooperação técnica a estados, municípios e DF, e participar da formulação e implementação das

ações de regulação do mercado da Saúde; entre outras.

A SAS tem por competência participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada. Fazem parte de sua estrutura os hospitais federais localizados no Rio de Janeiro (Andaraí, Bonsucesso, Cardoso Fontes, Ipanema, Lagoa e Servidores do Estado), e os Institutos Nacionais de Traumatologia e Ortopedia Jamil Haddad (Inco); de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (Inca) e de Cardiologia (INC).

À SGEP compete fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, segurança e gestão da informação, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no

SUS. O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) faz parte de sua estrutura.

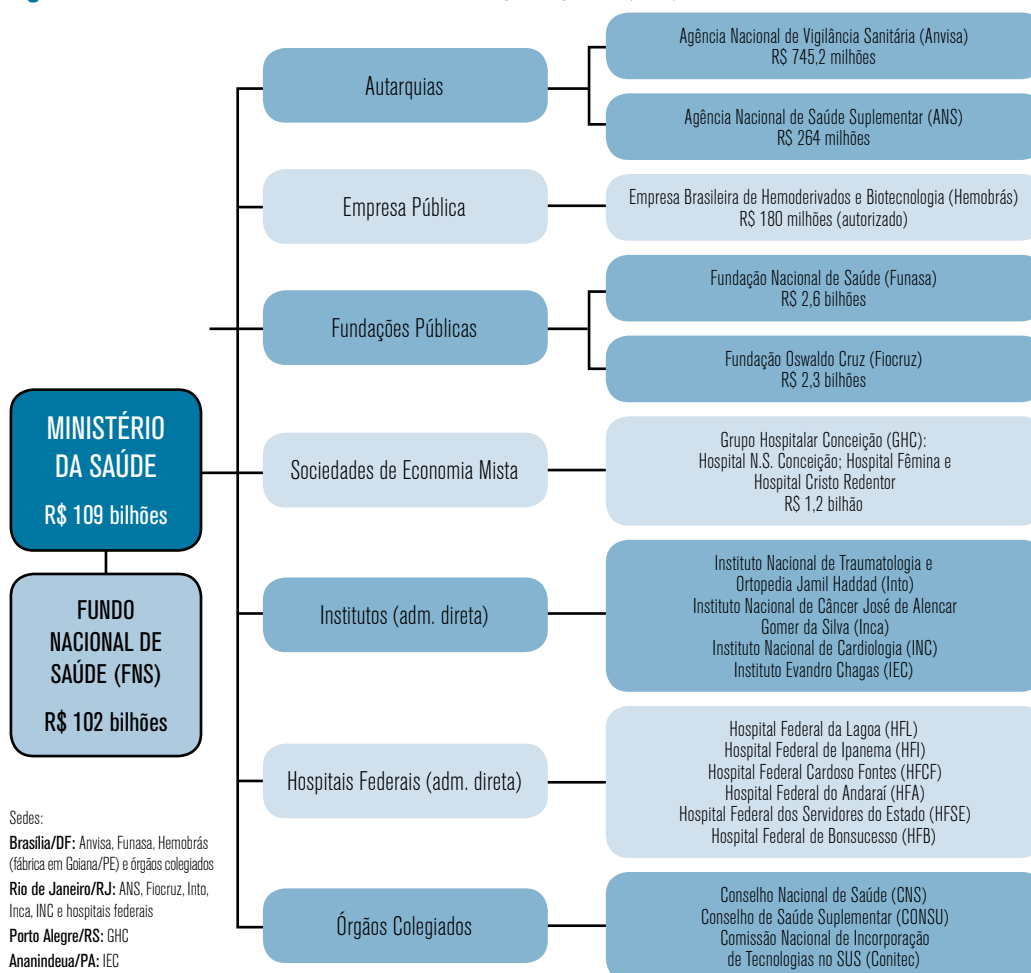
A SGTES tem a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil.

A SVS executa, entre outras, as ações de vigilância, prevenção e controle de doenças trans-

missíveis, de saúde ambiental e do trabalhador e de análise de situação de saúde da população. Programas nacionais de imunização e de combate a doenças como dengue, tuberculose, DST e Aids são de responsabilidade dessa secretaria. O Instituto Evandro Chagas (IEC) faz parte de sua estrutura.

Por sua vez, a SESAI gerencia a atenção à saúde dos 225 povos indígenas que vivem no Brasil.

Figura 2: Ministério da Saúde – entidades vinculadas e despesa liquidada (2016)



Fonte: Portal da Saúde e SIGA Brasil

3. A Saúde e os ODS

Em agosto de 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU) concluiu as negociações que culminaram na adoção da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que sucedem e atualizam os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

Os ODM são considerados um esforço bem-sucedido de combate à pobreza, principalmente do ponto de vista político, alçando esta agenda a uma projeção inédita na história da ONU. O Brasil é reconhecido pelas Nações Unidas como referência internacional no combate à pobreza, no entanto, o principal desafio é a superação das desigualdades regionais e intrarregionais.

Nessa nova agenda, foram definidos dezessete objetivos e 169 metas³, que devem ser atingidos até 2030, com ações mundiais previstas nas áreas social, ambiental, econômica e institucional.

O ODS-3 – “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” – está mais diretamente relacionado à atuação do Ministério da Saúde, ainda que, dadas as competências dos diversos órgãos e entidades a ele vinculados, outros objetivos sejam também contemplados, a exemplo de: água limpa e saneamento, indústria e inovação, redução das desigualdades e cidades e comunidades sustentáveis.

As metas estabelecidas no ODS-3 referem-se a reduzir a taxa de mortalidade materna

e neonatal; suprimir as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças negligenciadas; reforçar a prevenção e tratamento do abuso de substâncias, incluindo o álcool; atingir a cobertura universal de saúde; reduzir o número de mortes e doenças por contaminação e poluição do ar, água e solo; apoiar a pesquisa o desenvolvimento de vacinas e medicamentos; ampliar o financiamento da saúde; e aumentar o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento; entre outras.

Os FiscSaúde 2013 e 2014 já apontavam as graves desigualdades do sistema de saúde brasileiro como um dos principais problemas a serem enfrentados, tanto na comparação do modelo público com o privado, quanto dentro do SUS, quando comparadas as regiões do país. Tal desigualdade podia ser observada em todos os blocos do modelo de avaliação, desde a estrutura do sistema até a situação de saúde da população.

Os trabalhos desenvolvidos pelo TCU em 2015 e 2016 abordam questões e trazem encaminhamentos que podem contribuir para o atingimento das metas do ODS, em especial o ODS³, como apresentado a seguir.

A par disso, a SecexSaúde integra auditoria, atualmente em andamento, para avaliar a preparação do Governo Federal para implementar os ODS. A SecexAmbiental coordena o trabalho, que conta com participação, também, da SecexEducação e da Semag (TC 028.938/2016-0).

Figura 3: Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

17 OBJETIVOS PARA TRANSFORMAR NOSSO MUNDO



Atuação do TCU na área da Saúde

(2015-2016)

1. Situação da Saúde a partir de indicadores

TC 033.370/2015-0

Acórdão: 1423/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde

A avaliação dos sistemas de saúde constitui tarefa complexa, ante as diversas dimensões e perspectivas que podem ser consideradas. Tal avaliação preconiza a utilização de indicadores como mecanismos necessários para se conhecer os diferentes aspectos da atenção à saúde.

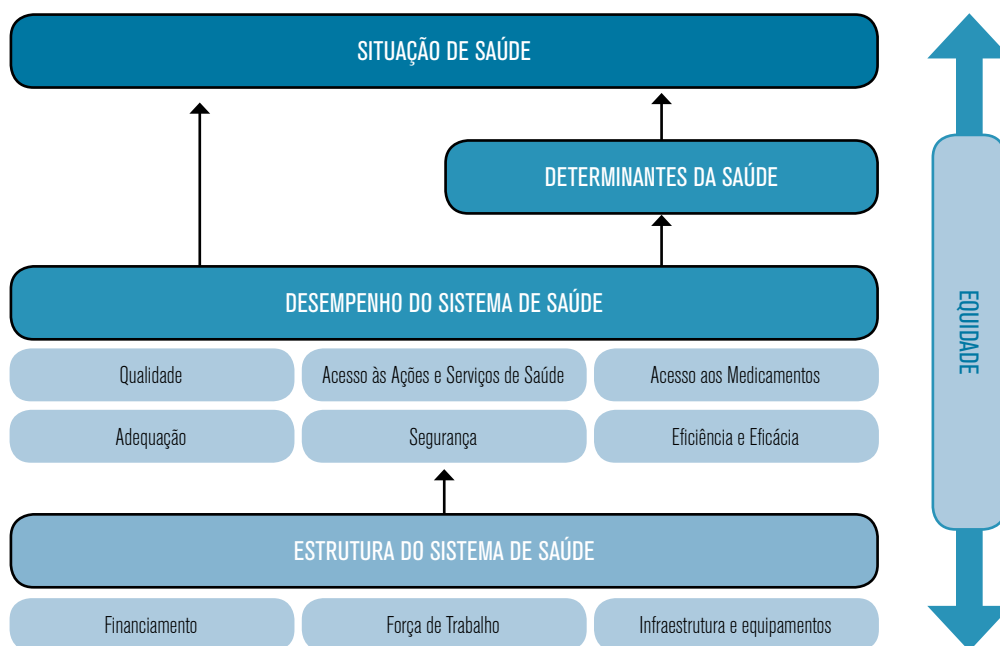
No FiscSaúde 2013, o Tribunal de Contas da União apresentou modelo de avaliação do sistema de saúde brasileiro – público e privado – por meio de indicadores, estruturado a partir do que existe de mais moderno na literatura mundial. O modelo do TCU adotou o arcabouço daquele desenvolvido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), pela possibilidade de comparação internacional do sistema brasileiro com o de outros paí-

ses, todavia com adaptações necessárias à realidade do Brasil.

Os indicadores do modelo do TCU foram calculados a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, da OCDE, da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e de outras instituições ligadas à saúde, privilegiando-se aqueles de maior confiabilidade de dados. O modelo então desenvolvido pelo Tribunal pode ser representado como na figura 4.

O bloco da situação de saúde é formado por medidas que procuram refletir o estado de saúde da população, a partir de indicadores de mortalidade, morbidade, funções humanas e bem-estar.

Figura 4: Esquema do modelo de avaliação do sistema de saúde (FiscSaúde 2013)



O bloco dos determinantes da saúde tem como objetivo demonstrar os fatores que influenciam a saúde da população. Foram considerados apenas os determinantes comportamentais – consumo de tabaco e álcool –, uma vez que a legislação não considera como gasto em saúde as despesas com políticas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos.

O bloco do desempenho do sistema de saúde procura avaliar em que medida o sistema de saúde realiza de forma adequada suas funções, medindo aspectos relacionados com a eficiência, acesso às ações e serviços de saúde e acesso aos medicamentos.

O bloco da estrutura do sistema de saúde avalia a disponibilidade de recursos financeiros,

humanos ou tecnológicos, para o desempenho de suas funções.

Por fim, a equidade está colocada transversalmente em todos os blocos do modelo, pois essa dimensão pode ser avaliada ao longo de todo o processo de desenvolvimento dos serviços de saúde. O sistema de saúde deve ser desenhado tendo em vista a justiça na contribuição financeira e na prestação dos serviços.

No FiscSaúde 2014, a mesma metodologia foi observada, mas novos indicadores foram selecionados a partir de sua relevância para o sistema de saúde brasileiro e da confiabilidade dos dados, com destaque aos dados domésticos, para comparação entre as diferentes unidades federadas. Foram acrescentados indicadores aos blocos: estrutura do sistema de

saúde, com informações sobre financiamento do SUS; desempenho do sistema, com informações sobre atendimentos fora do domicílio do usuário e despesas com decisões judiciais; e situação da saúde da população, com informações acerca de doenças negligenciadas.

Dando sequência ao processo, em 2015, foi realizado novo levantamento de informações, com o objetivo de atualizar e demonstrar a evolução dos indicadores apurados no primeiro FiscSaúde 2013, tendo em vista que possibilitam visão global da saúde no Brasil.

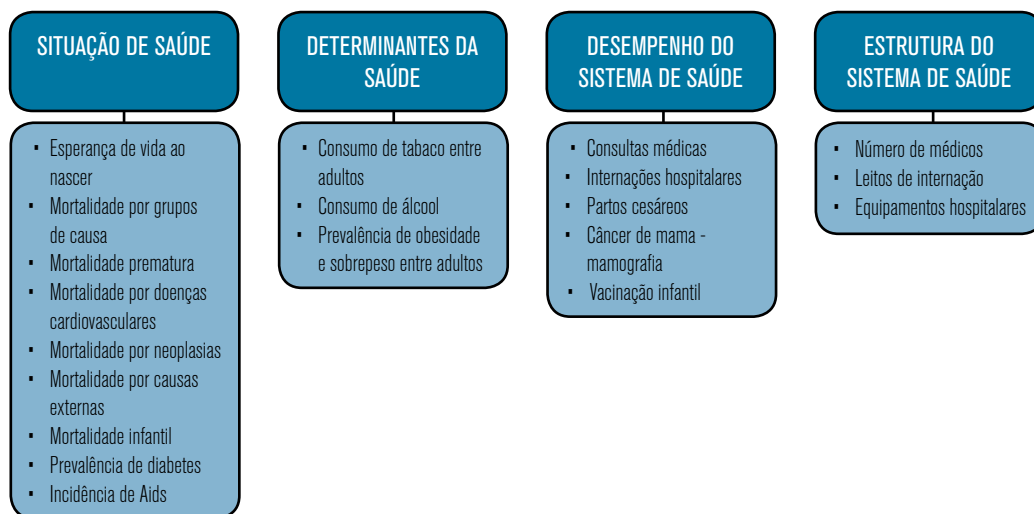
As informações apresentadas apresentaram variações em relação aos estudos anteriores. Foram utilizadas bases de dados do Ministério da Saúde, compilados por meio dos sistemas gerenciados pelo Departamento de Informática do SUS (Datapus) mediante os Tabuladores Desenvolvidos na Interface da Internet (Tabnet), bem como dados das estatísticas de saúde da Organização para

a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). De modo complementar, foram utilizados dados de outras fontes, a exemplo do Sistema do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de Recuperação Automática (Sidra) e da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefone (Vigitel).

Os indicadores de desempenho levantados foram construídos a partir de métricas próprias, explicadas junto com a análise dos resultados. Tais indicadores são aproximações da realidade apresentada, necessitando de interpretação no contexto em que estão inseridos, sem revelar causas dos fenômenos identificados. Todos os dados foram apresentados com a respectiva data de extração. Para adequada compreensão dos produtos a que se referem, é necessário avaliá-los em seu conjunto.

Os indicadores apresentados nesse trabalho foram (Figura 5):

Figura 5: Modelo de avaliação do sistema de saúde - indicadores atualizados



As conclusões do trabalho apontam, no que tange à situação da saúde, que a esperança de vida média do brasileiro subiu, mas esse aumento foi desigual, sendo mais perceptível em estados mais desenvolvidos. A mortalidade prematura foi reduzida, mas em índices baixos se comparado com outros países, sendo negativamente influenciada por mortes por causas externas entre jovens de 15 a 19 anos, e de idosos de 60 a 69 anos. Além disso, foi perceptível o aumento de doenças relacionadas ao maior envelhecimento da população, como neoplasias e diabetes.

Ainda sobre a situação da saúde, observou-se elevado número de casos de Aids no Brasil, quando comparado com outros países com dados divulgados pela OCDE. O Brasil possui a posição de maior incidência, mais que duas vezes superior ao segundo país com maior incidência (Estados Unidos), numa redução comparativamente pequena se considerados dados atualizados de 2010. Constatou-se ainda que a mortalidade aumentou em 16 estados brasileiros em 2013, comparados com 2010.

Quanto aos determinantes de saúde, os dados indicam que o Brasil reduziu consideravelmente o tabagismo, com destaque para a diminuição na população mais jovem. De igual modo, verificou-se redução no consumo de álcool, especialmente a relação entre os que declaram beber e dirigir. Contudo, os dados indicam considerável alta no percentual de adultos obesos e com sobrepeso, embora o País ainda apresente dados baixos em comparação com a outros países das Américas.

Indicadores que apresentaram condições negativas são os relacionados ao desempenho do sistema de saúde, notadamente em relação a consultas médicas, internações hospitalares e percentuais de partos cesáreos. De acordo com os dados consolidados, o Brasil apresentou alguns dos piores índices para estes parâmetros, tanto em relação a dados gerais, quanto para os usuários que dependem do SUS (que não possuem plano de saúde), e em alguns casos sem uma tendência histórica de melhora. Por outro lado, dados sobre exames de mamografias e vacinação infantil tiveram desempenhos mais próximos das médias internacionais.

Por fim, no que tange à estrutura do sistema de saúde (parágrafos 208-241), o número de médicos demonstra concentração desses profissionais na região centro-sul, em baixa quantidade em relação a outros países com dados disponíveis na OCDE. Além disso, a tendência de aumento é baixa se comparada com os outros países. No geral, os médicos ainda estão concentrados nas capitais, com vínculos predominantes em hospitais e consultórios. De modo semelhante, o Brasil possui comparativamente poucos leitos hospitalares, sem tendência de alta nos últimos anos. Os melhores dados são os relacionados a equipamentos hospitalares, sendo que grande parte deles não está disponível no SUS.

Apresentamos a seguir exemplos dos indicadores de cada bloco do modelo de avaliação. O relatório completo do levantamento está juntado ao presente processo (peça 2).

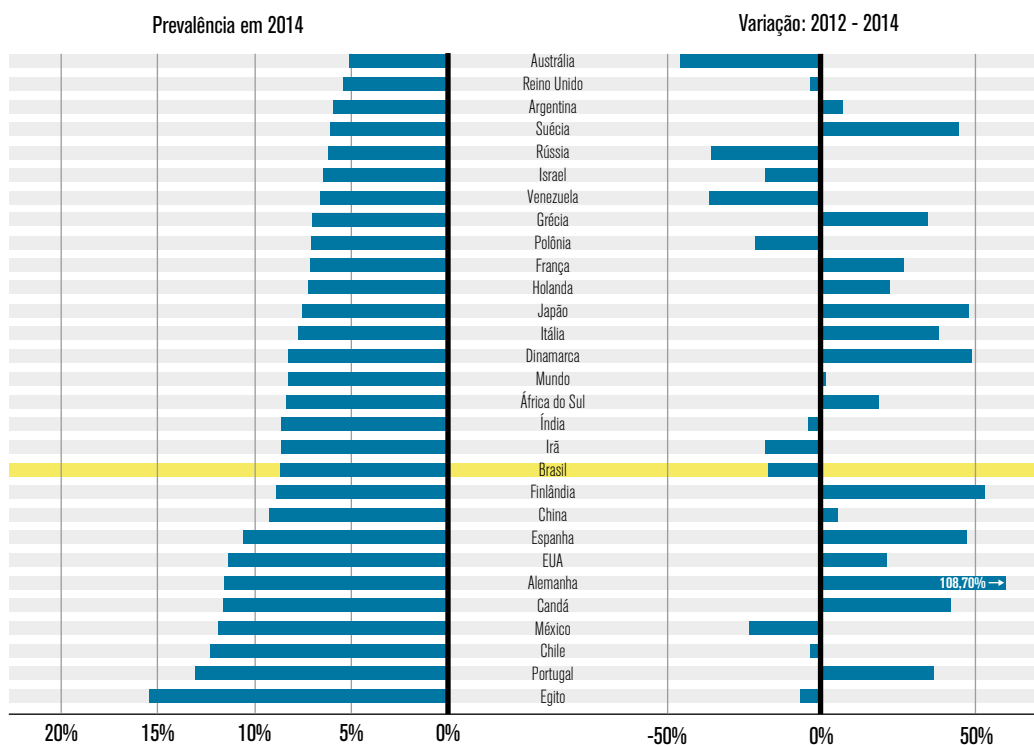
1.1 Situação de saúde

1.1.1 Prevalência de diabetes

Os dados internacionais sobre Diabetes foram extraídos da sexta edição do Atlas da Diabetes, publicado pela Federação Internacional da Diabetes (FID), segundo metodologia de prevalência e de casos não diagnosticados desenvolvida pela própria FID e por publicações da Diabetes “Research and Clinical Practice”, com taxa de prevalência, ou seja, o percentual de pessoas que apresentam a condição, entre adultos de 20 a 79 anos.

Tal publicação estima que o Brasil possuirá em 2035 aproximadamente 19,2 milhões de diabéticos, número inferior apenas ao registrado nos Estados Unidos, na Índia e na China. O atlas ainda estima que, em 2013, o Brasil teve aproximadamente 122 mil mortes em decorrência da enfermidade. Frise-se que, segundo a OMS, mais de 80% das mortes por diabetes ocorrem em países de renda baixa e média, muito em decorrência de problemas nutricionais, e que a doença

Gráfico 3: Taxas de prevalência de Diabetes (de 20 a 79 anos)



Fonte: IDF Diabetes Atlas 6h Edition Update, 2014, capturado em 4/11/2015

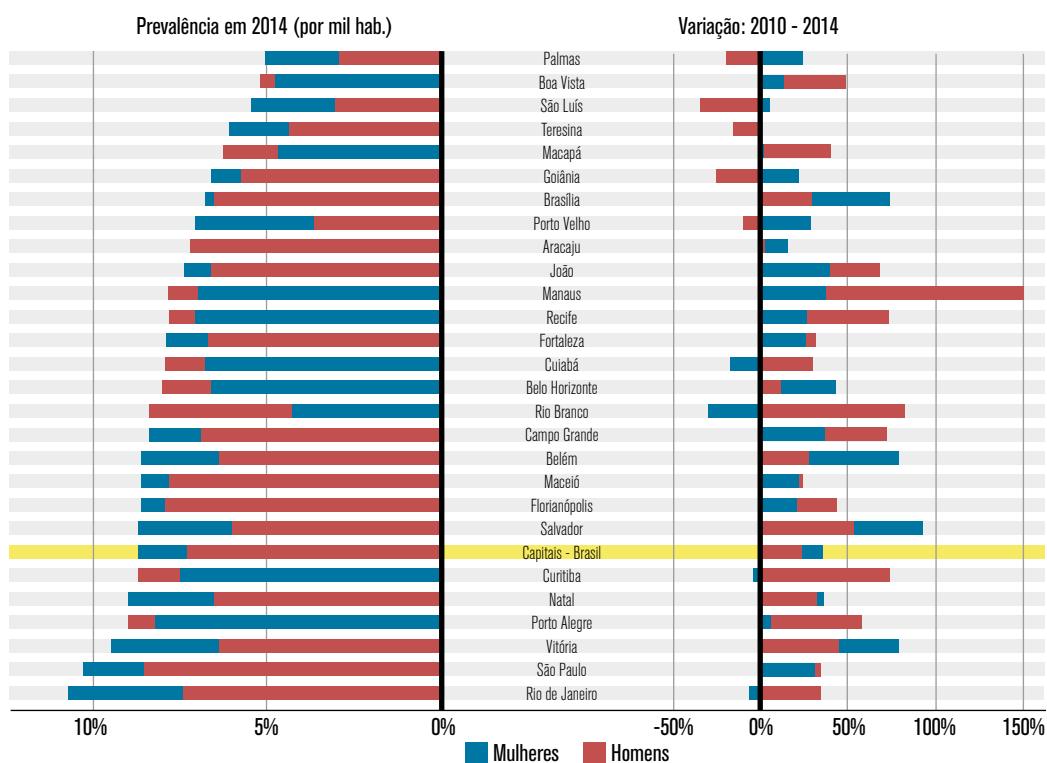
possivelmente será a 7ª principal causa de morte no mundo em 2030.

Para a coleta de dados domésticos, utilizou-se o Vigitel, contudo, o inquérito levantou apenas as capitais do Brasil, razão pela qual não pôde ser utilizado para representar a situação nacional, pois comportamentos da população que vive na capital e no interior podem se alterar. No caso, fez-se uma análise por capital da situação de 2014 em comparação com 2010, os últimos dados apresentados, bem como evolução da doença nos últimos quatro anos considerando a faixa etária e os anos de estudo.

Posto isso, de acordo com o IDF, o Brasil apresentou em 2014 uma taxa de prevalência de diabetes de aproximadamente 8,7%, entre adultos de 20 a 79 anos. Filtrando-se os 39 países que já tinham sido selecionados no FiscSaúde 2013, o Brasil possui a 11ª maior taxa, uma posição intermediária no ranking de prevalência, que variou entre 5,1% (Austrália) e 15,4% (Egito). Em relação aos dados de 2012, o Brasil apresentou uma redução de aproximadamente 17,5% no percentual de pessoas com a condição.

Em relação às capitais brasileiras, a prevalência de diabetes ficou em 8,7% para mulheres e

Gráfico 4: Taxas de prevalência de diabetes por gênero nas capitais brasileiras (maiores de 18 anos)



Fonte: Vigitel 2010 e 2014, capturado em 4/11/2015

em 7,3% para homens. Esses percentuais são semelhantes aos identificados pelo IDF. Contudo, os dados do Vigitel de 2014 apresentaram uma tendência de alta em relação a 2010 (24% para mulheres e 35% para homens). A prevalência entre as mulheres variou entre 4,3% em Rio Branco (AC) e 10,7% no Rio de Janeiro (RJ), com uma média de 7,4% e um desvio-padrão de 1,6%. Já entre os homens, os percentuais variaram entre 9% em Porto Alegre (RS) e 3% em Palmas (TO), com uma média de 6,6% e um desvio-padrão de 1,6%.

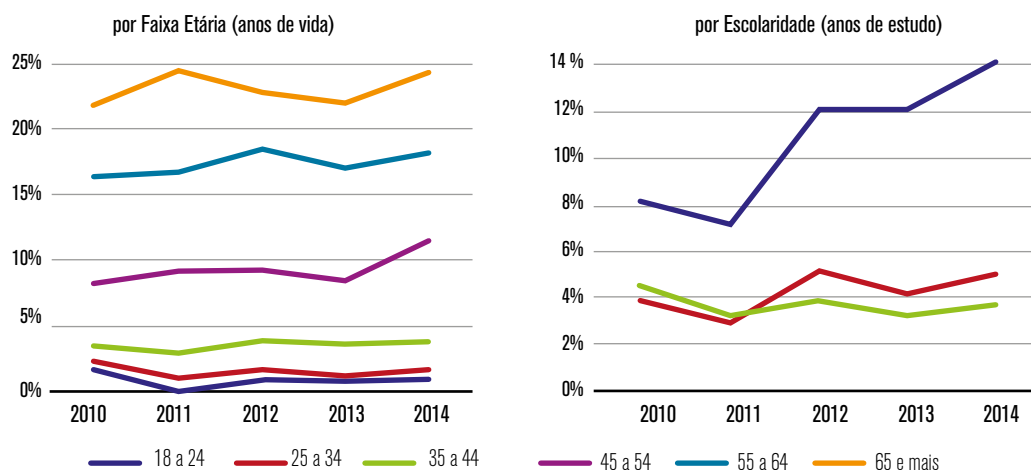
Os registros apontam um aumento na prevalência de Diabetes em praticamente todas as capitais brasileiras, registrou-se apenas diminuição entre homens em Porto Velho, Goiânia, Teresina, São Luís e Palmas, e entre mulheres em Cuiabá e Rio Branco. As maiores variações positivas no número de pessoas com diabetes ocorreram em Manaus para os homens (124%) e em Salvador para as mulheres (93%), ao passo que as maiores variações negativas ocorre-

ram em São Luís para os homens (-34%) e em Rio Branco para as mulheres (-30%).

A prevalência de diabetes nas capitais do Brasil é diretamente proporcional à idade das pessoas. Entre os adultos com mais de 65 anos, aproximadamente 24,4% possuem diabetes, ao passo que entre adultos entre 18 a 34 anos, esse mesmo percentual é de aproximadamente 1%. Em relação aos dados de 2010, observa-se redução na prevalência de diabéticos entre 18 a 24 (-41%) e entre 25 a 34 anos (-33%), e aumentos em todos os demais grupos etários, sendo esse aumento mais perceptível entre adultos de 45 a 54 anos, que tinham a prevalência de 8,3% em 2010 e 11,5% em 2014.

Em relação à escolaridade (anos de estudo), a prevalência de diabetes é consideravelmente superior entre pessoas com até 8 anos de estudo. Em 2014, esse grupo tinha a prevalência de 14,2%, mais que duas vezes o percentual identificado em quem tem de 9 a 11 anos

Gráfico 5: Evolução da prevalência de diabetes nas capitais do Brasil (por grupos específicos)



Fonte: Vigitel 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014, capturados em 4/11/2015

de estudo (5%) ou em quem tem mais de 12 anos de estudo (4%). Além disso, no grupo com menos anos de estudo foi onde mais au-

mentou a prevalência de pessoas com a condição, que era de 8,1% em 2010, e aumentou em aproximadamente 105% desde então.

1.2 Determinantes de Saúde

1.2.1 Prevalência de obesidade e sobrepeso entre adultos

De acordo com a OMS, a proporção de adultos obesos no mundo subiu de 28,9% para 36,9% entre homens e de 29,8% para 38% entre mulheres, entre 1980 e 2013. A obesidade, por sua vez, estaria associada a vários problemas de saúde, incluindo diabetes, doenças do coração, derrame e alguns tipos de câncer. A organização mencionou que esse processo está associado ao aumento no consumo de alimentos energéticos, com muita caloria, bem como o aumento da urbanização, a dependência de carros e trabalhos sedentários.

Nesse contexto, optou-se por incorporar indicadores a esse respeito no presente levantamento, seguindo parâmetros incorporados pela OCDE. Contudo, os dados oriundos da OCDE contemplavam poucos países, com dados de pessoas que se auto consideraram obesas, razão pela qual se optou por utilizar base de dados *Indicator and Measured Registry* da OMS, com estimativas tanto de sobrepeso como de obesidade de maiores de 18 anos com dados parametrizados por idade. Neste caso, existem tabelas com dados históricos, razão pela qual se conseguiu fazer uma análise da variação de cinco anos, desde 2010 até 2014.

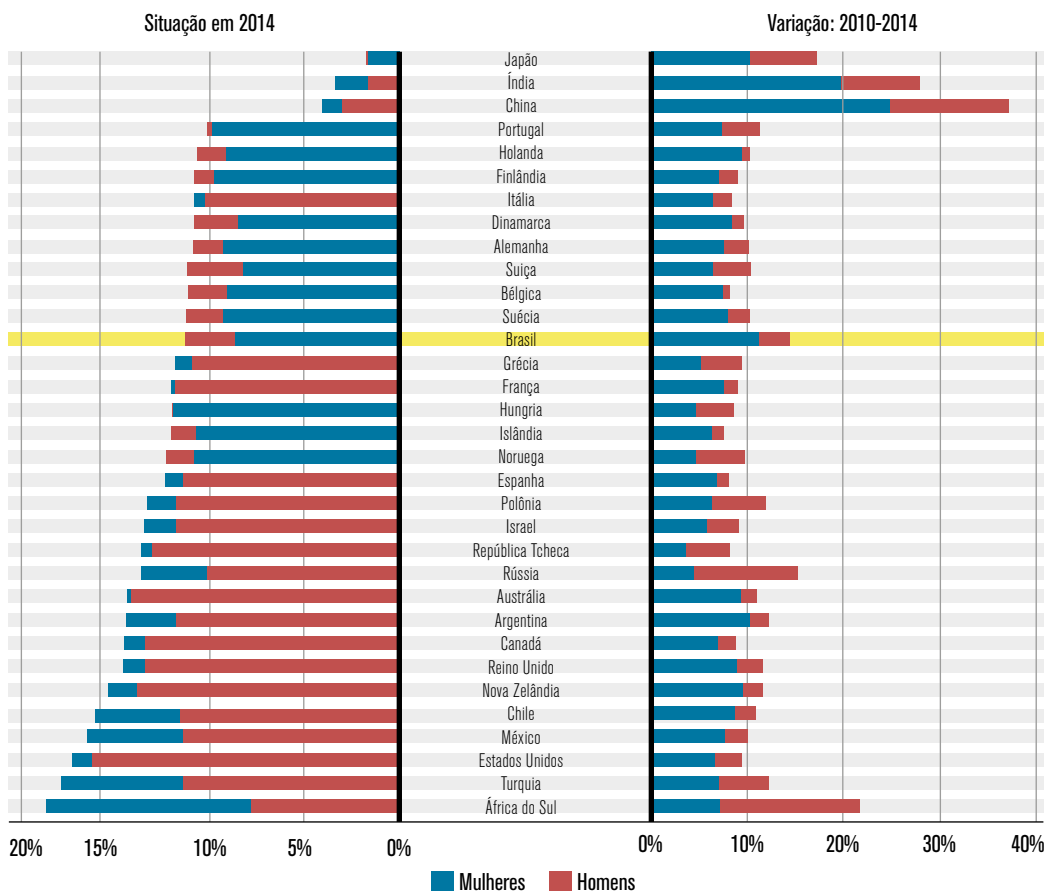
Assim como para os demais indicadores de desempenho, os dados domésticos consideraram informações do Vigitel, mas este

se limitou a informações das capitais das unidades federativas, que podem apresentar tendência distintas das identificadas no interior do país, em se considerando diversas variáveis macro ambientais envolvidas. Para tal considerou-se, para fins de obesidade, o percentual de indivíduos com mais de 18 anos e Índice de Massa Corporal (IMC) maior ou igual a 30 kg/m², e para sobrepeso o IMC maior ou igual a 25 mg/m².

De modo diverso do que ocorre com o consumo de álcool e tabaco, a obesidade tende a atingir mais mulheres que homens. Dentre os 33 países analisados, em 22 existe uma prevalência de mulheres obesas, e em 11 a maior prevalência é de homens obesos. Japão, China e Índia são os países com menor percentual de obesos, embora tenham apresentado elevada alta nos últimos cinco anos. A África do Sul e a Turquia apresentam elevados percentuais de mulheres obesas, com taxas consideravelmente superiores às identificadas em homens.

O Brasil apresenta taxas inferiores às registradas em outros países das Américas (Chile, México e Estados Unidos) e encontra-se numa posição intermediária dentre os países selecionados. Além disso, o Brasil apresentou crescimentos altos nos últimos cinco anos. Em relação aos homens, o Brasil apresentou

Gráfico 6: Prevalência internacional de adultos obesos por gênero

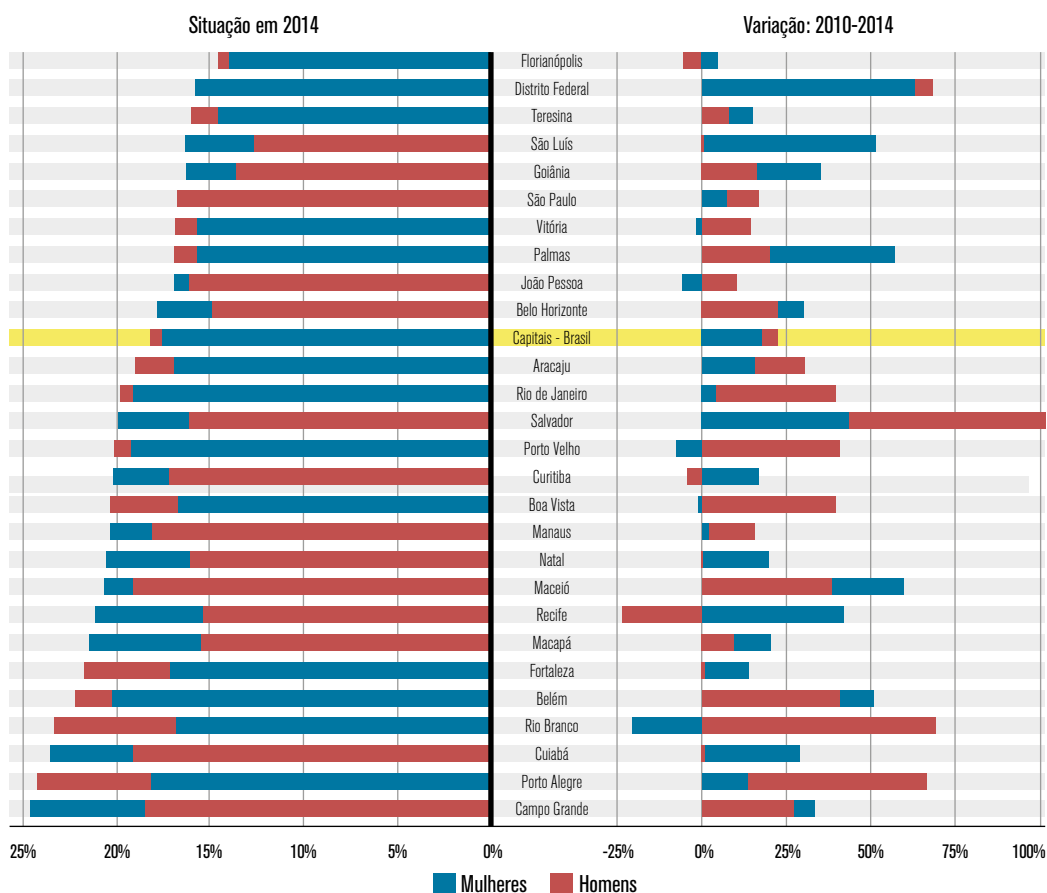


Fonte: OMS/Indicator and Measurent Registry, Vigitel 2014, capturado em 23/11/2015

o 3º maior crescimento entre os 33 países analisados (11,3%); já entre as mulheres, o Brasil teve o 6º maior percentual (14,6%). Frise-se que, nos últimos cinco anos, a obesidade cresceu mais entre as mulheres em praticamente todos os países (a única exceção foi a Dinamarca) (Gráfico 6).

No que tange às capitais brasileiras, dados de 2014 indicam que em 14 delas existe

uma maior predominância de homens obesos e em 13 a preponderância foi de mulheres obesas. Campo Grande foi a capital com o maior percentual de obesos (25% de mulheres e 19% de homens) e Florianópolis a capital com o menor percentual (15% homens e 14% mulheres). Por outro lado, os maiores crescimentos dos indicadores de obesidade ocorreram em Salvador (101% para homens e 43% para

Gráfico 7: Prevalência de adultos obesos por gênero nas capitais do Brasil

Fonte: Vigitel 2014, capturados em 23/11/2015

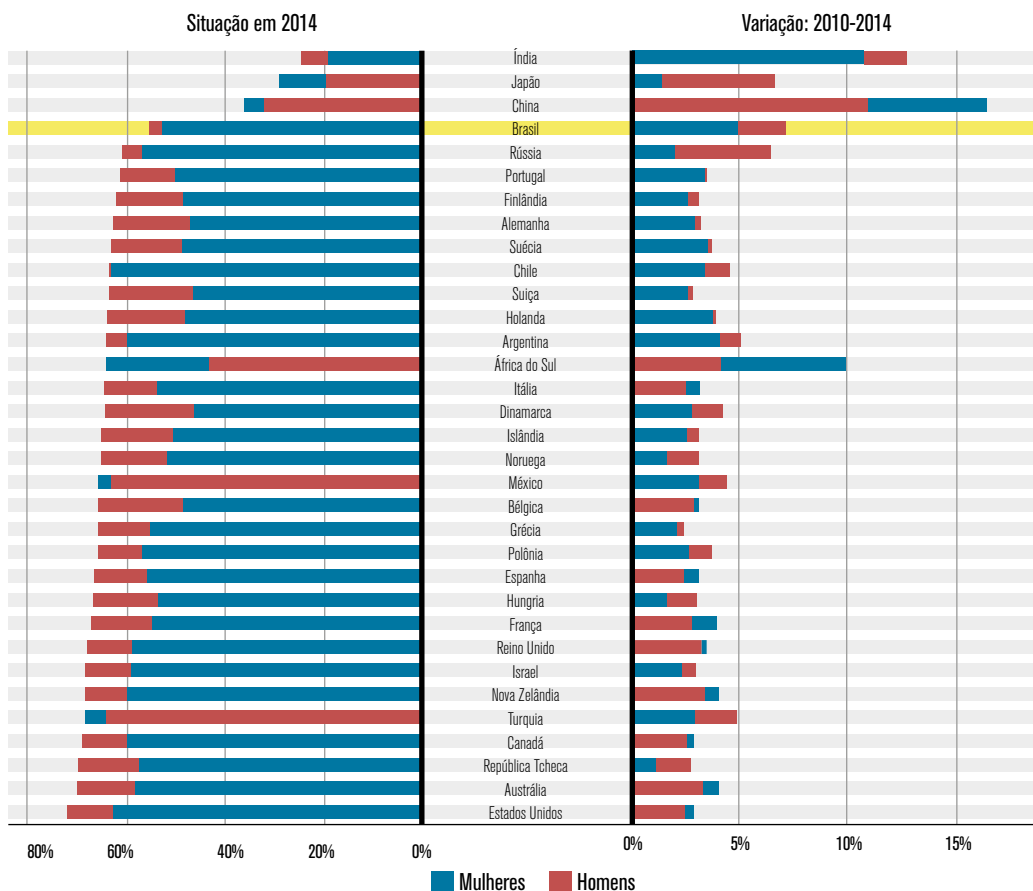
mulheres) e Distrito Federal (68% para homens e 63% para mulheres).

Indicadores de sobrepeso apresentam tendências diferentes em relação à obesidade, com uma maior predominância de homens com sobrepeso, e que em alguns casos atingem mais de 60% do respectivo grupo. Apenas na Índia, na África do Sul, no México e na Turquia houve uma maior prepon-

derância de mulheres com sobrepeso. Em média, os dados de sobrepeso do Brasil ficaram acima apenas dos identificados na Índia, no Japão, na China e na África do Sul.

Contudo, assim como nos indicadores relativos à obesidade, o Brasil apresentou crescimentos comparativamente altos. Relativamente aos homens, o sobrepeso cresceu 7% no Brasil desde 2010, o quarto maior índice entre os 33 países

Gráfico 8: Prevalência internacional de adultos com sobrepeso por gênero



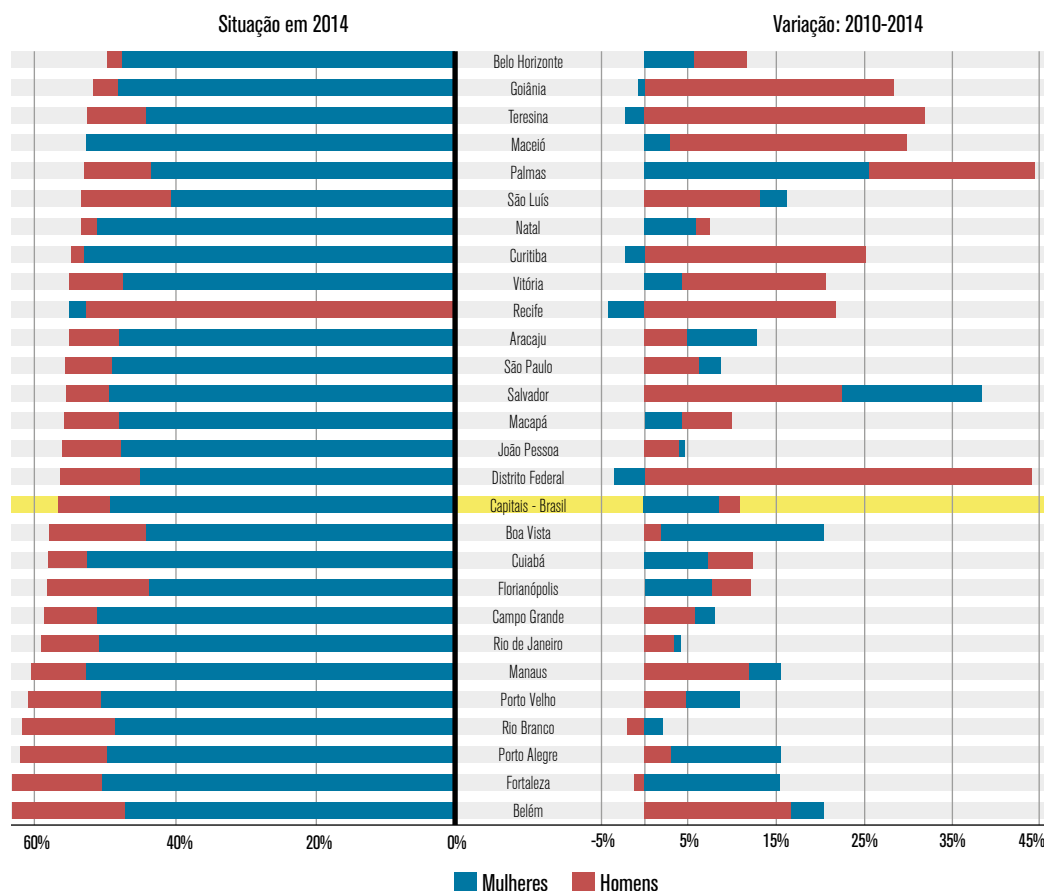
Fonte: OMS/Indicator and Measurent Registry, capturado em 23/11/2015

analisados, inferior apenas aos registrados na África do Sul (10%), na Índia (13%) e na China (16%). Já entre as mulheres, o crescimento foi de 5%, o terceiro maior índice entre os países analisados, inferior apenas ao registrado na Índia (11%) e na China (11%).

Ao se analisar a situação de sobrepeso nas capitais brasileiras, inicialmente merece registro que apenas em Recife se identificou

uma maior prevalência de mulheres com sobrepeso em relação aos homens. Contudo, a capital pernambucana apresentou redução comparativa do percentual de mulheres com sobrepeso em relação a 2010, juntamente com o Distrito Federal, Recife, Curitiba, Teresina e Goiânia.

Em termos consolidados, São Luís apresentou as menores médias percentuais de

Gráfico 9: Prevalência de adultos com sobrepeso por gênero nas capitais do Brasil

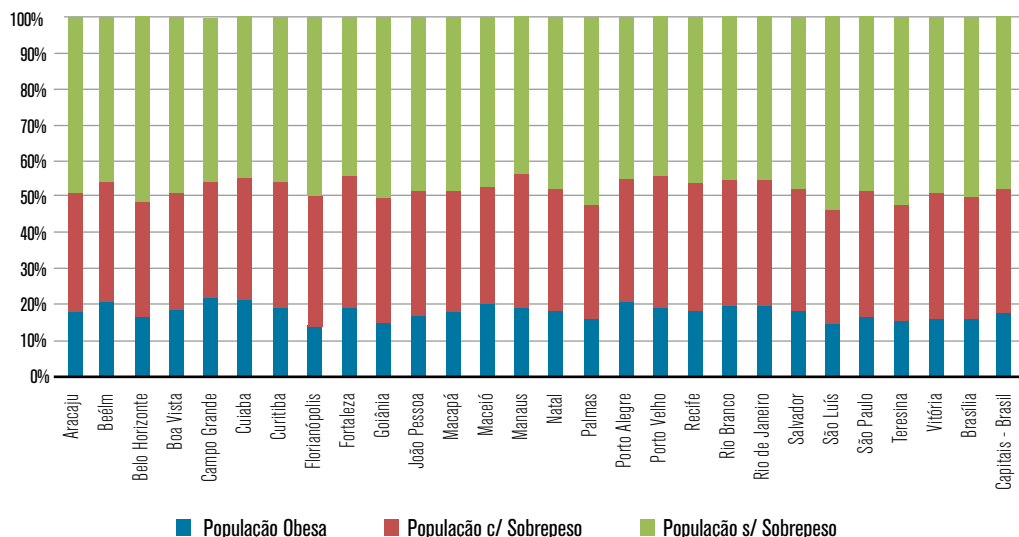
Fonte: Vigitel 2014, capturados em 23/11/2015

população com sobrepeso (41% para mulheres e 53% para homens), ao passo que Manaus apresentou as maiores médias percentuais (53% mulheres e 60% homens). Os maiores crescimentos de sobrepeso em relação a dados de 2010 ocorreram em Palmas (aumento de 44% para homens e 26% para mulheres) e Salvador (aumento de 22% para homens e 38% para mulheres). As médias das capitais brasileiras foram

de 57% de obesidade para homens e 49% para mulheres, com crescimentos respectivos de 11% e 8%.

Ao se verificar os dados consolidados por capital, verifica-se que a maior parte da população está em uma condição de sobrepeso, sendo, em média, 18% obesa. Apenas em São Luís, Teresina, Palmas, Belo Horizonte e Goiânia não existe uma preponde-

Gráfico 10: Obesidade e sobrepeso por capitais do Brasil em 2014



Fonte: Vigitel 2014, capturados em 23/11/2015

rância de adultos com excesso de peso. Os dados mais preocupantes referem-se a Campo Grande, Cuiabá, Belém, Porto Alegre e Maceió, onde mais de 20% da população apresenta quadro de obesidade. Mesmo

algumas capitais com baixos percentuais de adultos obesos, como Florianópolis (14,3%) e Goiânia (15%) apresentam consideráveis percentuais de pessoas só com sobrepeso: 36,3% e 34,7%, respectivamente.

1.3 Desempenho do sistema de saúde

1.3.1 Consultas médicas

Os indicadores de consultas médicas consideraram a quantidade per capita de consultas de acordo com as estatísticas de saúde da OCDE, a partir de três diferentes parâmetros: (1) consultas no consultório médico; (2) consultas na casa dos pacientes; (3) consultas em ambulatórios de hospitais. Foram excluídas consultas por meio de contato telefônico, visitas para exames laboratoriais prescritos, visitas para procedimentos prescritos e pre-

viamente agendados, como injeções e fisioterapia, bem como visitas de dentistas e de enfermeiros.

Para análises domésticas, optou-se por segregar dados gerais, bem como, com base em dados do RIPSAs, do IBGE e da ANS, o total de consultas médicas considerando apenas usuários do SUS. Para tal, fez-se uma projeção, subtraindo-se o número de

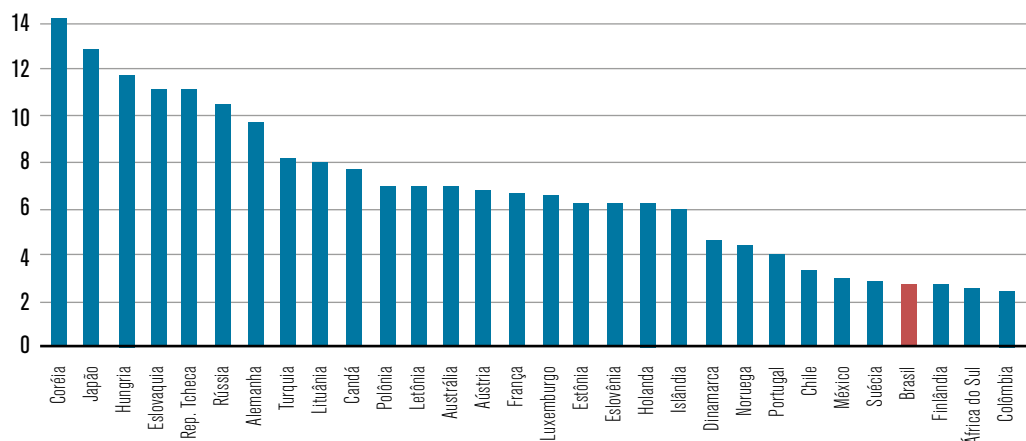
peças com planos de saúde (conforme informações da ANS) da população das UFs. Em razão de os dados do RIPSAs, necessários para esse tipo de análise, estarem atualizados apenas até o exercício de 2012, limitou-se a análise para esse ano. Há de se frisar que alguns dados de beneficiários da ANS não identificaram a localidade do atendimento, ou quando o beneficiário reside no exterior, mas estes correspondem a aproximadamente 0,03% do total, e não prejudicaram as análises.

Tendo em vista que o FiscSaúde não fez uma abordagem completa a respeito, optou-se por elaborar uma tabela com a variação histórica do número de consultas, com dados de 2000, de 2006, de 2012, bem como a variação entre 2000 e 2012. Não foram apresentados dados de 2013, tendo em vista que tal parâmetro não estava disponível na OCDE, e não se identificaram dados corrigidos a esse respeito em bases nacionais.

No geral, o Brasil apresentou uma média de 2,8 consultas por habitantes no ano de 2012, o 27º índice entre 30 países com dados disponíveis na OCDE, superior ao registrado na Finlândia, na África do Sul e na Colômbia. Tal índice ficou consideravelmente inferior ao dos países mais bem colocados, como Coreia do Sul (14,3), Japão (12,9) e Hungria (11,8), sendo, no geral identificada uma média de 6,8 e um desvio-padrão de 3,3. Dentre os países latino-americanos, o Brasil ficou com indicadores melhores que o da Colômbia, mas inferiores aos do México e do Chile (Gráfico 11).

Na comparação histórica, considerando dados de 2000 e 2012, o Brasil apresentou crescimento de aproximadamente 20% (considerando dados gerais) e de 30% (considerando dependentes do SUS – pessoas sem planos de saúde). A maior variação positiva aconteceu na Turquia, cujas consultas médias saltaram de 2,8 por ano em 2000 para aproximadamente 8,2

Gráfico 11: Taxas internacionais de consultas médicas por habitantes em 2012



Fonte: OCDE Health Statistics, capturado em 25/11/2015

em 2012 (aumento de 193%). A exceção da Finlândia, que reduziu de 4,3 para 2,7, todos os demais países com dados consolidados, e que possuem menos de 6 con-

sultas anuais por habitante, apresentaram incremento, sendo o do Brasil inferior apenas ao registrado no Chile (38%), na África do Sul (32%) e no México (20%).

Tabela 2: Evolução das taxas internacionais de consultas médicas por habitante

País	Consultas em 2000	Consultas em 2006	Consultas em 2012	Varição 2000-2012
Japão	14,4	13,6	12,9	-10%
Hungria	11,1	12,8	11,8	6%
Eslováquia	14,8	10,4	11,2	-24%
República Tcheca	12,6	13	11,1	-12%
Rússia	9,4	9	10,5	12%
Alemanha	7,7	7,9	9,7	26%
Turquia	2,8	5,3	8,2	193%
Lituânia	6,4	6,8	8	25%
Canadá	7,4	7,6	7,7	4%
Polônia	5,4	6,6	7	30%
Letônia	4,8	5,6	7	46%
Austrália	6,4	6,1	6,9	8%
Áustria	6,7	6,7	6,8	1%
França	6,9	6,8	6,7	-3%
Luxemburgo	6,4	6,4	6,6	3%
Estônia	6,2	6,4	6,3	2%
Holanda	5,9	5,6	6,2	5%
Islândia	5,8	6,3	5,9	2%
Dinamarca	4,2	4,5	4,7	12%
Portugal	3,5	3,9	4,1	17%
Brasil (dependentes SUS)	2,8	3,0	3,7	30%
Chile	2,4	2,9	3,3	38%
México	2,5	2,6	3	20%
Brasil (geral)	2,3	2,4	2,8	20%
Finlândia	4,3	4,3	2,7	-37%
África do Sul	1,9	2,2	2,5	32%

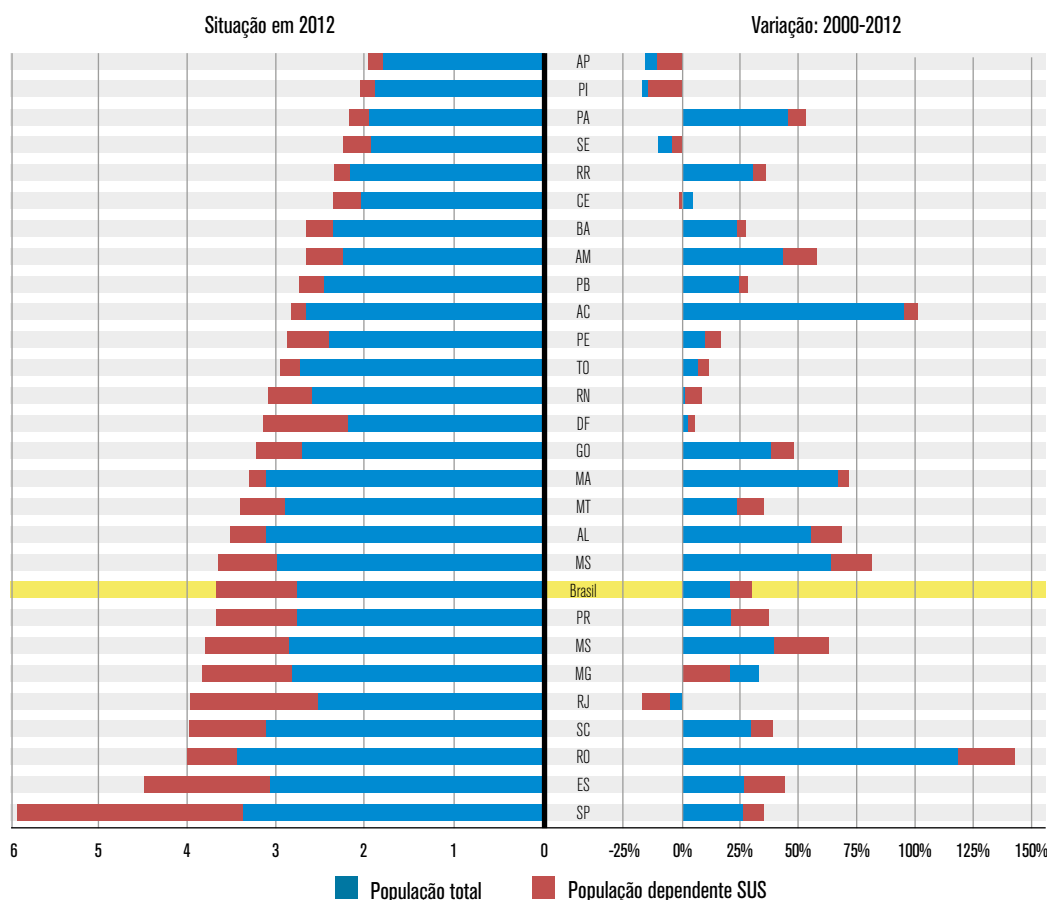
Fonte: OCDE Health Statistics, capturado em 25/11/2015

Os dados domésticos de consultas médicas por habitante oscilaram em 2012 entre 1,8 (Amapá) e 3,46 (Rondônia), com uma média de 2,61 e um desvio-padrão de 0,46. Em relação às consultas de dependentes do SUS, os valores oscilam entre 1,99 (Amapá) e 5,92 (São Paulo), com uma média de 3,22 e um desvio-padrão de 0,87. Os estados das regiões Sudeste e Sul, além do DF, possuem uma maior variação entre dados gerais e dados de dependentes do

SUS; ao passo que nas UFs das regiões Norte e Nordeste essa variação é menor.

Tal cenário pode indicar uma maior concentração dos serviços de consultas médicas em estabelecimentos privados na Região Centro-Sul, bem como de penetração de usuários de saúde suplementar nessas regiões, estando a população do Norte e Nordeste mais dependente do SUS.

Gráfico 12: Taxas domésticas de consultas médicas por habitantes em 2012



Fonte: IBGE, ANS, RIPS/IDSUS, capturado em 30/11/2015

1.4 Estrutura de saúde

1.4.1 Número de médicos

O número de médicos recebeu atenção especial do governo brasileiro com o Programa Mais Médicos, que previu a reordenação da oferta de cursos de medicina e das vagas de residência, bem como a integração ensino-pesquisa, inclusive com a vinda de médicos estrangeiros. Tal programa foi constituído a partir de diagnóstico do Ministério da Saúde de que algumas regiões do país não contam com médicos suficientes para o adequado atendimento à população.

Para construir indicadores a esse respeito, foram extraídas informações das estatísticas em saúde da OCDE e consideraram-se pessoas graduadas em medicina e licenciadas para a prática, bem como residentes (com o diploma e prestando serviços sob a supervisão de outros médicos) médicos assalariados e donos de clínicas particulares, bem como médicos estrangeiros licenciados para a prática no país. Foram excluídos de tal cálculo estudantes ainda não graduados, dentistas e cirurgiões dentistas, médicos trabalhando em gestão, pesquisa e outros postos que excluem contato direto com pacientes, bem como médicos desempregados, aposentados, ou que estão trabalhando no exterior.

Em relação aos dados domésticos, utilizaram-se predominantemente os dados da Demografia Médica no Brasil 2015, coordenada por Scheffer e publicada pelo Conselho Federal de Medicina, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, e com o Conselho

Regional de Medicina de São Paulo. Essa base, contudo, é um parâmetro mais abrangente que a OCDE, pois considera todos os médicos com registro, ainda que parte deles exerça outra profissão.

De modo complementar foram apresentados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), especialmente para dados sobre a evolução histórica do número de médicos por região e por especialidade.

O CNES teve a sua importância maximizada com a edição da Portaria SAS/MS 134/2011, pois o repasse de recursos públicos passou a utilizar como base suas informações, tornando-o uma fonte confiável de informações sobre médicos do SUS, embora não precise sobre médicos da rede privada. Contudo, as tendências demonstradas nessa base podem ser consideradas em análises específicas. No geral, fez-se comparação internacional entre os exercícios de 2000 e 2013, e analisou-se a situação das UFs em 2014, com a proporção capital X interior, bem como análise de médicos por vínculo (um médico pode ter vários vínculos).

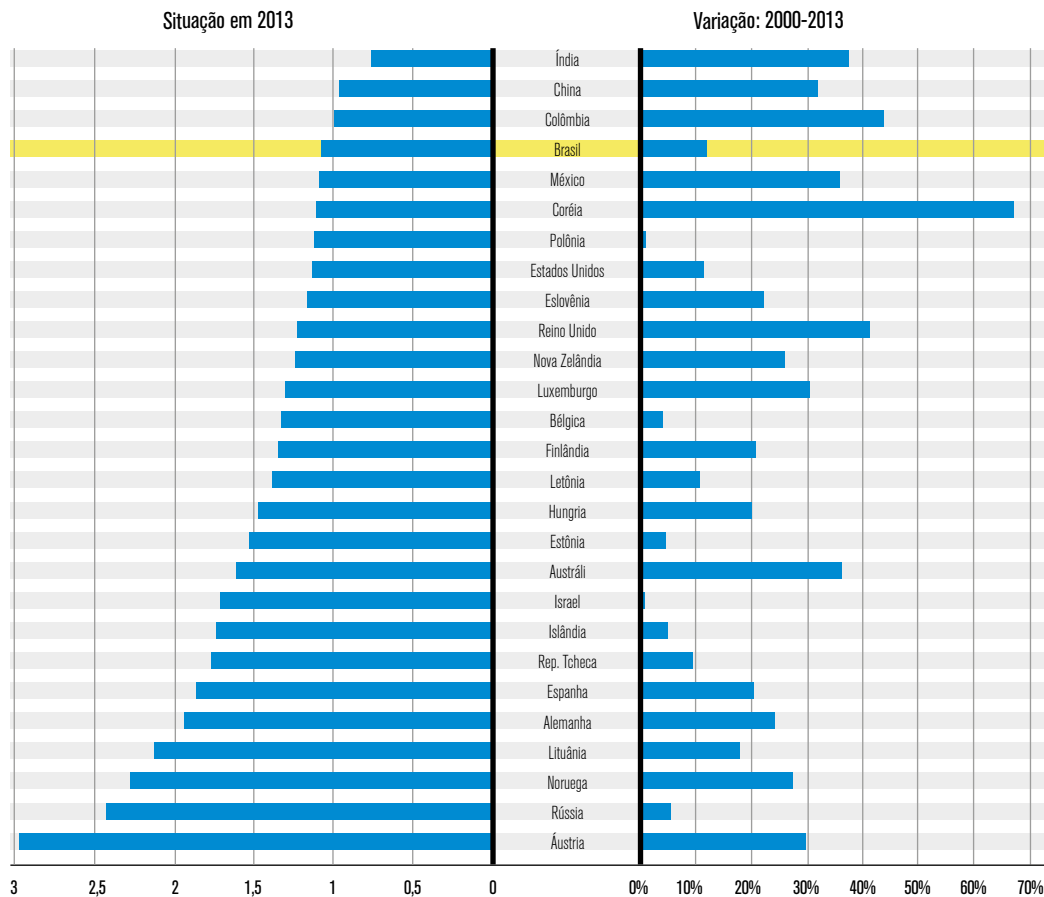
No que tange à comparação internacional, o Brasil apresentou uma média de 1,08 médicos por mil habitantes em 2013, a 24ª maior média entre os 27 países com informações históricas consolidadas. Se comparados com dados de 2000, o Brasil teve um aumento de 12,1%. Tal incremento, contudo, é baixo

se comparado com outros países com similar disponibilidade de tais profissionais, como China (aumento de 32%), Colômbia (aumento de 44%), México (aumento de 36%) e Coréia do Sul (aumento de 67%). De todos os países, apenas em Israel houve uma diminuição no número de médicos ao longo do período, com uma redução de aproximadamente 0,6%.

Em relação às unidades federadas, a taxa de médicos por mil habitantes variou entre 0,79

(Maranhão) e 4,28 (Distrito Federal), com uma média de 1,75 e uma desvio-padrão de 0,81. Os estados na região centro-sul são os que possuem maior disponibilidade de médicos. Das 11 UFs situadas nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, 10 estão nas primeiras posições de disponibilidade de médicos (apenas o MT ficou fora da lista). Por outro lado, estados das regiões Norte e Nordeste possuem as piores disponibilidades. Os médicos estão mais presentes no interior dos estados de SC,

Gráfico 13: Taxas internacionais de médicos por mil habitantes em 2013



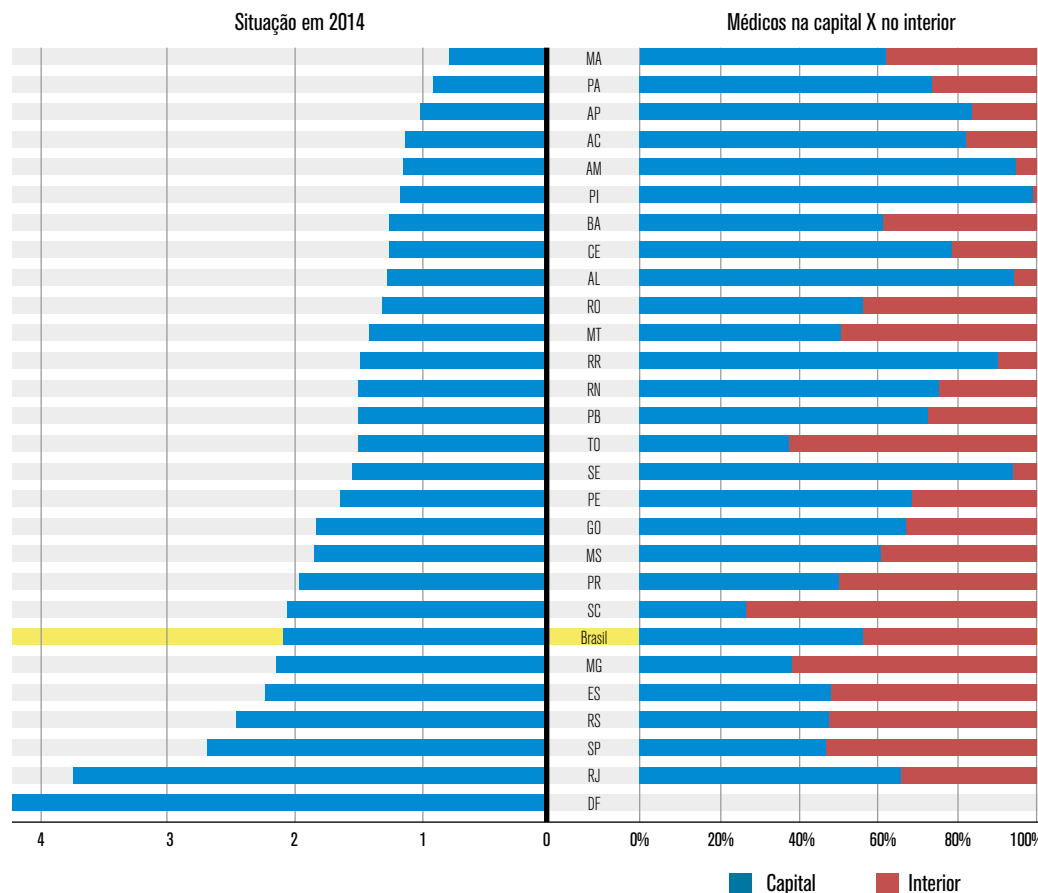
Fonte: OCDE Health Statistics, Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015, capturados em 15/12/2015

TO, MG, SP, RS, ES e PR; em todos os demais estados, estão concentrados nas capitais.

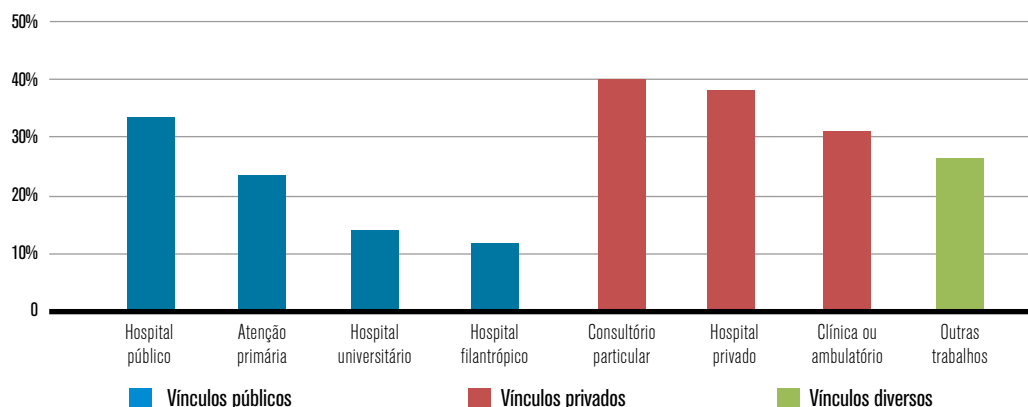
Não foram feitas análises evolutivas de médicos por UF pois a demografia médica não apresentou dados históricos por ente federado, e utilizar dados da última demografia poderia apresentar discrepâncias, visto que podem ter ocorrido atualizações ou mudanças de metodologia ao longo do período.

Os vínculos dos médicos estão predominantemente em consultórios particulares e hospitais (públicos e privados). Se agregados os hospitais públicos, os universitários e os filantrópicos, estes correspondem a aproximadamente 51,5% dos vínculos dos profissionais brasileiros. Os serviços de atenção primária compreendem Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a estratégia Saúde da Família. No caso dos consultórios particulares, conside-

Gráfico 14: Taxas nacionais de médicos por mil habitantes em 2014



Fonte: Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015, capturado em 23/2/2015

Gráfico 15: Percentuais de médicos por vínculo empregatício

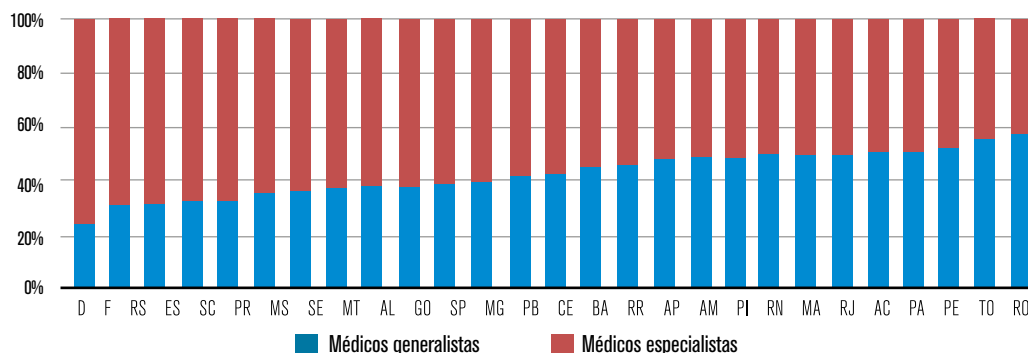
Fonte: Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015, capturado em 23/2/2015

ram-se os em que o médico é dono, ou que divide em sociedade com um ou mais médicos. No caso dos ambulatórios, o médico não é proprietário, mas trabalha ou presta serviço.

Dentro dos “Outros trabalhos”, existem as atividades de docência e pesquisa em universidades públicas (4,1%) em universidades privadas (5,3%), serviço médico de empresa (4,8%), atenção secundária em saúde (4,8%) gestão pública (4,1%), atendimento pré-hospitalar (1,3%), e serviços de apoio

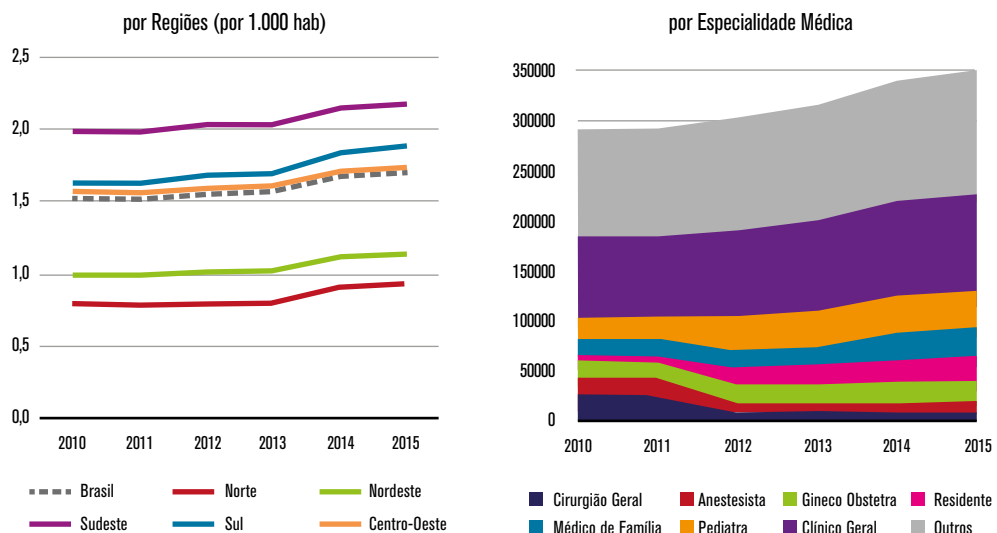
diagnóstico e terapêutico privados (1,8%) (Gráfico 15).

Conforme informações da demografia médica, os especialistas estão mais concentrados no setor privado, onde 68,2% têm tal título, ao passo que no setor público são 52%. Isso pode representar baixa presença de médicos nos serviços de atenção secundária e especializada do SUS. Dentre as UFs brasileiras, o Distrito Federal é onde existe maior percentual de especialistas, aproximadamente 73%

Gráfico 16: Percentuais nacionais de médicos especialistas e generalistas em 2014

Fonte: Scheffer M. et al. Demografia Médica no Brasil 2015, capturado em 23/2/2015

Gráfico 17: Evolução do número de médicos registrados no CNES



Fonte: CNES/Tabnet, capturado em 16/2/2015, IBGE (Projeção da População / 2013), capturado em 30/7/2015

dos médicos. Em contrapartida, Rondônia e Tocantins apresentam os maiores percentuais de médicos generalistas, com 58% e 55%, respectivamente.

Contudo, não existe relação aparente entre quantidade de médicos e presença de especialistas. O RJ, por exemplo, possui a segunda maior taxa de médicos por habitante, e possui a sexta maior proporção de médicos generalistas entre todas as unidades da federação (50%) (Gráfico 16)

Ao se verificar o aumento do número de médicos por região, a partir da base do CNES, observa-se que o maior crescimento ocorreu na região Norte (20%), seguido da região Nordeste (16%), Sul (15%), Centro-Oeste (11%) e Sudeste (10%), mas mesmo assim a disponibilidade das regiões Norte e Nordeste ainda é bem inferior às médias registradas no

país. Além disso, cabe reforçar que a base do CNES possui limitações de informações para médicos que não são do SUS.

Quanto à existência de médicos por especialidades no CNES, observa-se uma considerável redução do número de cirurgiões gerais, que em 2010 correspondiam a 9% da quantidade de médicos registrados no CNES, e em 2015 a apenas 2%, e uma redução moderada da quantidade de anestesistas, que eram 6% em 2010 e 4% em 2015. As especialidades gineco-obstetra, clínico geral e a “outros” mantiveram um percentual relativamente constante, embora tenham aumentado em termos absolutos. Os aumentos relativos mais robustos ocorreram nos médicos de família (42,1%), pediatra (41,8%) e, especialmente, nos residentes, que eram 1,8% em 2010 e aumentaram para 7,2% em 2015, num aumento relativo de 306%.

2. Publicações

2.1 2ª edição da cartilha “Orientações para Conselheiros de Saúde”

Em 2015, o TCU apresentou a 2ª edição da cartilha “Orientações para Conselheiros de Saúde”⁴.

Com a edição do Decreto 7.508/2011 e da Lei Complementar 141/2012, tornou-se necessário atualizar o texto da cartilha publicada em 2010, para adequá-lo às normas mais recentes, uma vez que foram ampliadas as competências dos conselheiros de saúde e criados novos regramentos para o funcionamento do SUS.

A cartilha sistematiza a forma de acompanhamento da aplicação dos recursos que compõem os fundos estaduais e municipais de saúde e se destina a contribuir para o aperfeiçoamento da formação dos conselheiros de saúde, e por consequência, do controle social. A 2ª Edição contou com a impressão de 10.000 exemplares, já esgotados. A publicação também pode ser obtida em versão digital, por meio do Portal TCU.

A publicação pode ser relacionada à meta 3.c do ODS-3: “aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recruta-



mento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento”.

2.2 Sumário executivo da auditoria coordenada na gestão da Atenção Básica à saúde no Brasil

Em 2014, trinta tribunais de contas brasileiros realizaram auditoria coordenada⁵ para avaliar, nas esferas federal, estadual e mu-

nicipal, se a gestão da Atenção Básica proporciona qualidade nos serviços prestados. Foram visitadas 317 Secretarias Municipais

de Saúde (SMS) e 23 Secretarias de Estado de Saúde (SES) em todo o Brasil, bem como o Ministério da Saúde. Além disso, foi aplicada pesquisa eletrônica, cujas respostas atingiram 2.577 SMS e 14 SES.

A Atenção Básica foi escolhida por ser ordenadora do sistema de saúde, coordenadora dos cuidados em saúde e estruturante da rede de atenção. Ela é a principal porta de entrada para o SUS e estudos indicam que uma atenção básica funcionando de maneira adequada pode solucionar, com qualidade, a maioria dos problemas de saúde da população. Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Básica à saúde apresenta-se como uma resposta para manter a sustentabilidade de sistemas de saúde universais.

A fiscalização constatou que o número de pessoas internadas em decorrência de problemas de saúde que poderiam ter sido solucionados no nível da assistência básica está muito acima dos índices considerados aceitáveis pelo próprio Ministério da Saúde. Constatou, também, que é deficiente o apoio prestado pela União a Estados e municípios no que se refere ao processo de regionalização da assistência à saúde.

Outra questão relevante é o retorno para a Atenção Básica de pacientes atendidos na média e na alta complexidade, a fim de prosseguir com o tratamento ou a prevenção, ocorrência verificada em cerca de metade das secretarias de saúde municipais pesquisadas. O TCU constatou, ainda, que o MS não adota indicadores suficientes para avaliar e monitorar a atenção básica de for-



ma integral, em especial, quanto aos aspectos relacionados à gestão e à qualidade.

Em 2015, foi lançado o sumário executivo da auditoria, com o objetivo divulgar os principais resultados. A publicação representa ferramenta estratégica para o aperfeiçoamento da gestão desses serviços, uma vez que oferece excelente diagnóstico sobre a infraestrutura, o acesso, o atendimento e a resolutividade da atenção primária⁶.

A auditoria coordenada na gestão da Atenção Básica traz informações e encaminhamentos que se relacionam com as metas do ODS-3: 3.4 – “reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e

tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” e 3.8 – “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de

saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.

3. Ministério da Saúde

3.1 Auditoria operacional sobre judicialização da Saúde

TC 009.253/2015-7 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

Auditoria realizada pelo TCU no Programa Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, em 2004⁷, constatou o crescente número de demandas judiciais, em 2003 e 2004, referentes a medicamentos de dispensação excepcional. Constatou, ainda, que a judicialização da saúde provocava a realocação emergencial de recursos do programa, descontinuava o tratamento de pacientes regulares, ameaçava os gestores pelo eventual descumprimento das decisões judiciais e admitia que laboratórios aumentassem os preços de medicamentos na hipótese de aquisição emergencial, sem licitação, para o cumprimento das decisões judiciais.

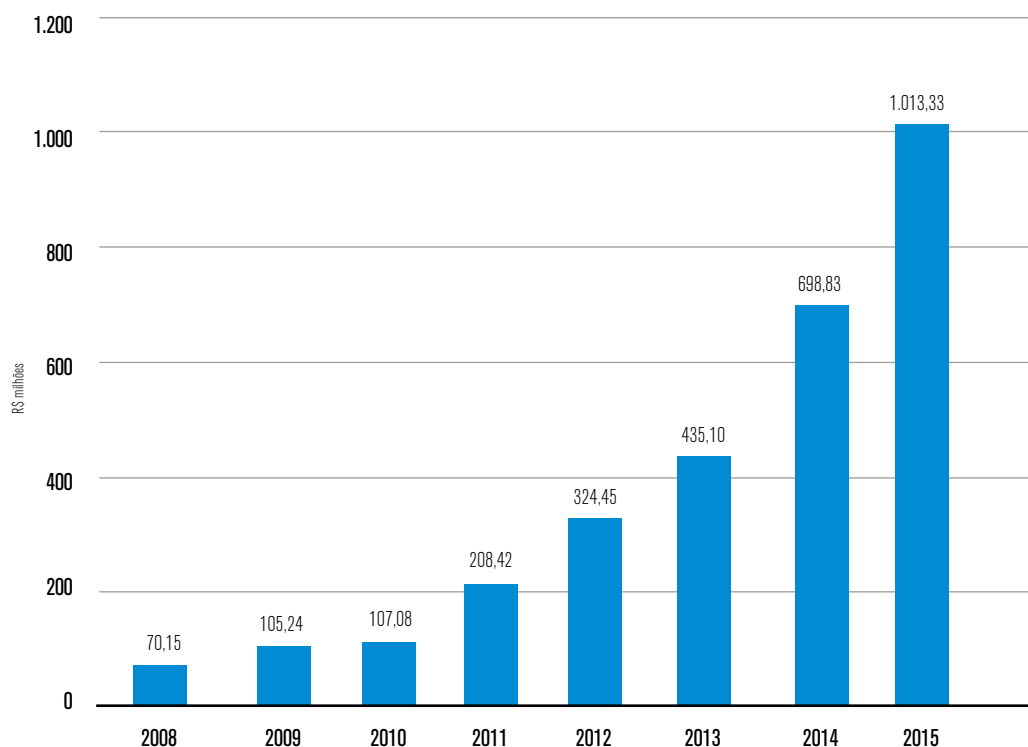
Trabalhos posteriores⁸ confirmaram a tendência de crescimento do número de ações judiciais e do volume de recursos despendidos para cumprimento de tais decisões. Em razão disso, o Tribunal realizou auditoria operacional com o objetivo de identificar o perfil, o volume e o impacto das ações judiciais na área da saúde pública, bem como avaliar a atuação do Ministério da Saúde e de outros órgãos e entidades dos três po-

deres para mitigar os efeitos negativos da judicialização.

A auditoria verificou a ocorrência significativa de judicialização de itens que, por estarem incorporados ao SUS, deveriam ser fornecidos regularmente, sem a necessidade de intervenção judicial.

A maior parte dos gastos com medicamentos judicializados do Ministério refere-se a itens não incorporados ao SUS. De 2010 a 2015, mais de R\$ 2,7 bilhões foram gastos com compras determinadas judicialmente. Desse valor, 54% foi destinado à aquisição de apenas três medicamentos: Elapraxe®: idursulfase; Naglazyme®: galsulfase; e Soliris®: eculizumabe. Em 2014, os dois últimos representaram 55% do total gasto, sendo que Soliris®, até o momento, não possui registro na Anvisa. O custo médio anual por paciente atendido foi superior a R\$ 1 milhão.

As despesas do Ministério da Saúde no cumprimento de decisões judiciais referentes apenas à aquisição de medicamentos e insu-

Gráfico 18: Despesas do Ministério da Saúde para cumprir decisões judiciais (2008-2015)

Fonte: Ministério da Saúde

mos aumentaram mais de quatorze vezes nos últimos oito anos.

Quanto aos gastos das secretarias estaduais de saúde com a judicialização, somente os Estados de Minas Gerais, Santa Catarina e São Paulo despenderam, juntos, em 2013 e 2014, mais de R\$ 734 milhões e R\$ 772 milhões, respectivamente. Já o Ministério gastou, nos mesmos exercícios, R\$ 435 milhões e R\$ 698 milhões.

A auditoria foi realizada na modalidade FOC e contou com a participação das Secretarias

do TCU nos Estados do AP, MG, MT, PR, RJ, RN, RS, SC e SP.

As conclusões da auditoria podem ser relacionadas às metas 3.8 do ODS-3: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” e 16.3 do ODS-16: “promover o Estado de Direito, em nível nacional e internacional, e garantir a igualdade de acesso à justiça, para todos”.

3.2 Auditoria em Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

TC 014.109/2015-8

Acórdão: 435/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde.

Em janeiro de 2015, a imprensa nacional noticiou indícios da ocorrência de esquema fraudulento envolvendo a compra e utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPME), incluindo venda de dispositivos com sobrepreço, recebimento de comissões irregulares, desvios, entre outros. O suposto esquema teria a participação de fabricantes, distribuidores e hospitais, até médicos e advogados, e foi denominado “máfia das próteses”.

Diante disso, por solicitação do Congresso Nacional, o TCU realizou auditoria para examinar a efetividade dos procedimentos de controle adotados pelo Ministério da Saúde no que se refere à aquisição e utilização de OPME.

O universo de OPME é muito amplo, envolvendo desde cadeiras de rodas, andadores, muletas e óculos (órteses) até dispositivos mais complexos como próteses de joelho, de coluna ou de quadril. Assim, o escopo da auditoria se restringiu à análise dos dispositivos médicos implantáveis (DMI), tais como *stents* coronarianos e próteses ortopédicas mais complexas, que são implantados mediante ato cirúrgico. Esses dispositivos são materialmente mais relevantes e necessitam de controle mais rigoroso tanto na sua aquisição, quanto na sua utilização.

A auditoria resultou nos seguintes achados:

- a. falta de padronização de nomenclaturas no registro de DMI, dificultando a comparação dos produtos, preços e indicação de uso;
- b. inexistência de referencial público de preços para aquisição de DMI, propiciando grande discrepância de valores, possibilitando a ocorrência de dano ao erário e dificultando a pesquisa de preços;
- c. insuficiência de orientações sobre indicação de uso de DMI, por meio de Protocolos de Uso, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e normas de autorização, gerando risco de utilização dos dispositivos de forma ou em quantitativos desnecessários;
- d. fragilidades dos hospitais federais avaliados no que se refere ao planejamento das aquisições de DMI, à ineficiência dos sistemas informatizados de controle de estoque e à ausência de protocolos de uso desses materiais.

O TCU expediu determinações ao Ministério da Saúde, à Anvisa e a hospitais federais para que adotassem medidas com vistas a sanear ou minimizar os problemas identificados na auditoria.

A matéria analisada tem relação com as metas 12.7 do ODS-12: “promover práticas de com-

pras públicas sustentáveis, de acordo com as políticas e prioridades nacionais” e 16.5 do

ODS-16: “reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas”.

3.3 Auditoria operacional em mamógrafos (2º monitoramento)

TC 033.203/2014-8

Acórdão: 818/2016-TCU-Plenário

Unidade Técnica: SecexSaúde.

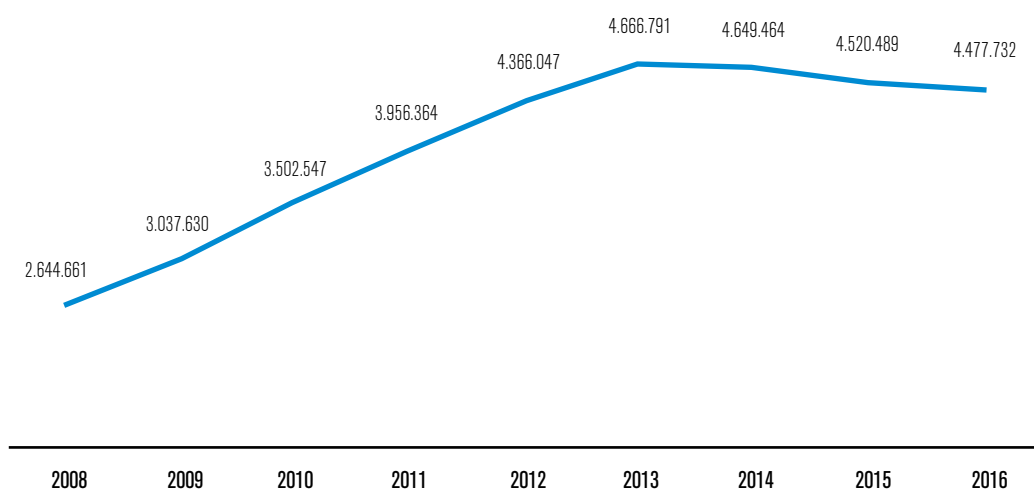
Em 2009, o TCU realizou auditoria operacional⁹ para avaliar os recursos federais destinados à aquisição, controle e manutenção dos mamógrafos na rede pública de saúde e na rede conveniada.

A auditoria apurou que o número de mamógrafos cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), públicos e privados, disponíveis ao SUS, era suficiente para o atendimento, mas a baixa produtividade acarretava défi-

cit de exames de mamografia para a população-alvo, mulheres entre 50 e 69 anos.

As conclusões do trabalho apontaram que a limitação da oferta de exames de mamografia resultava da combinação de vários fatores, como a deficiência na manutenção dos mamógrafos e dos equipamentos de revelação e a falta de pessoal. A dissociação entre o planejamento de investimento na aquisição de mamógrafos e o posterior financiamento de seu custeio, sem consi-

Gráfico 19: Mamografias registradas (2008-2016)



Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

deração dos custos fixos posteriores também influenciava no quantitativo de exames realizados.

Por meio do Acórdão 247/2010-TCU-Plenário, o Tribunal expediu determinações ao Ministério da Saúde, com o objetivo de contribuir para a melhoria do processo de aquisição de mamógrafos e da gestão de informações sobre a quantidade de equipamentos disponíveis para o SUS, permitindo adequado planejamento da política pública de saúde e a diminuição da ociosidade dos mamógrafos existentes, em benefício da população.

Monitoramentos do cumprimento dessas determinações e recomendações verificaram melhorias na prestação dos serviços, a começar pela instituição do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia. Em 2012, foi observado aumento de 29,65% de mamógrafos disponíveis com produção

e de 43,6% de exames de mamografia realizados.

No entanto, em 2015, o 2º monitoramento verificou que 41% dos 2.534 mamógrafos tidos como “em uso SUS” não apresentaram nenhuma produção de exames naquele exercício. Além disso, verificou-se que 1.243 serviços de saúde possuem mamógrafos, no entanto 95% deles tiveram produção abaixo do parâmetro estabelecido pelo Inca, de 5.069 exames/ano.

Com o aumento do número de casos de câncer de mama a cada ano, permanece o desafio para garantia de acesso da população alvo aos procedimentos preventivos, como a mamografia. A questão tem relação com a meta 3.4 do ODS-3: “reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”.

3.4 Aspectos da Política Nacional de Assistência à Saúde Integral da Mulher

TC 003.613/2015-1

Acórdãos: 2149/2015-TCU-Plenário e 2115/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde.

Por solicitação do Congresso Nacional, foram colhidas informações sobre a implementação da Política Nacional de Assistência à Saúde Integral da Mulher. Verificou-se que ainda há predomínio do diagnóstico tardio de câncer de mama, sugerindo ser esse o fator responsável pela alta mortalidade decorrente da enfermida-

de, apontando, assim, para a necessidade de se intensificar as ações para detecção precoce da patologia. O prazo máximo de 60 dias previsto na Lei 12.732/2012 entre o diagnóstico e o início do tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada foi observado em pouco mais de 40% dos casos.

Tabela 3: Registro Hospitalar de Câncer – Intervalo de tempo (em dias) segundo faixas: entre 1ª consulta e diagnóstico, diagnóstico e tratamento, consulta e tratamento

Ano de primeira consulta: 2012 até 2015. Tipos de casos: analíticos, diagnósticos e tratamento anterior: com diagnóstico e sem tratamento. Estadiamento: todos. Idade: todos. Localização Tumor Primário: todos. Estado: todos. Município: todos e Instituição: todos

Faixa de Tempo	Consultas/ Diagnóstico (%)	Diagnóstico/Tratamento (%)	Consultas/ Tratamento (%)
0 a 15 dias	21,2	6,9	41,8
16 a 30 dias	22,2	11,1	15,4
31 a 60 dias	26,8	23,3	18,8
61 a 90 dias	11,6	18,2	10,3
91 a 120 dias	5,9	12,2	5,5
121 a 150 dias	3,2	7,9	2,9
151 a 180 dias	2,1	5,4	1,7
181 a 210 dias	1,3	3,7	1,0
211 a 240 dias	1,1	2,6	0,6
241 a 270 dias	0,7	1,7	0,4
271 a 300 dias	0,5	1,2	0,3
301 a 330 dias	0,4	0,9	0,2
331 a 365 dias	0,4	0,7	0,2
Mais de 1 ano	2,5	4,2	0,8
Total de casos	51902	48681	49558

Registros com datas inválidas ou nulas: 3364

Fonte: <https://irhc.inca.gov.br/RHCNet/prepararConsultarConsultaRelatorioTempo.action>

Os dados incluem os seguintes estados: TO, SC, RS, RO, RN, RJ, PR, PE, PB, MS, MG, CE, AL (13)

Não inseriram dados: SP, SE, RR, PI, PA, MT, MA, GO, ES, DF, BA, AP, AM, AC (14)

De acordo com as informações obtidas, verificou-se que, em 2011, os serviços de anatomia patológica credenciados pelo SUS não apresentavam condições estruturais para atender adequadamente à demanda de exames de Papanicolau realizados no sistema público de saúde, quando adotados os indicadores de qualidade definidos posteriormente à coleta dos dados.

O Ministério da Saúde redefiniu a Qualificação Nacional em Citopatologia na prevenção do câncer do colo do útero (Qualicito) e criou os Serviços de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer

de Colo do Útero (SRC). Tais iniciativas deverão propiciar o desenvolvimento de condições estruturais para o atendimento adequado da demanda de exames de Papanicolau realizados no sistema público de saúde. No entanto, não havia dados atualizados disponíveis para avaliar o grau de melhoria da qualidade do exame cérvico-vaginal realizado no SUS desde a implantação do Qualicito e do SRC.

A matéria relaciona-se à meta 3.4 do ODS-3: “reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”.

3.5 Auditoria operacional no Sistema Nacional de Auditoria do SUS

TC 024.043/2016-8 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

A auditoria teve por objetivo avaliar a eficácia e regularidade da atuação do Denasus, dadas as responsabilidades de órgão central do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), bem como as medidas adotadas para promover a implantação e bom desempenho dos componentes estaduais e municipais de auditoria.

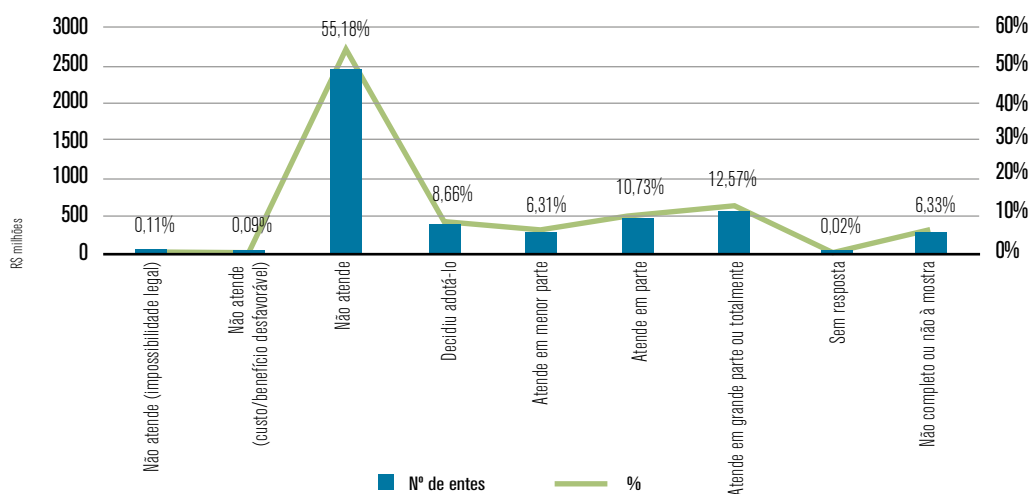
Foram constatadas limitações organizacionais ao pleno cumprimento, pelo Denasus, de suas atribuições de auditoria interna do SUS, como restrição à informações e sistemas; vinculação do Departamento à SGP/MS e não à autoridade máxima do Ministério; problemas recorrentes de instabilidade no Sistema de Auditoria do SUS (Sisaud/

SUS); e gestão ineficiente do quadro de pessoal, especialmente quanto à qualificação do corpo técnico e recomposição dos cargos vacantes. Além disso, os processos de trabalho, da forma como são executados, prejudicam a efetividade e eficiência das ações do departamento, uma vez que geram retrabalho.

A auditoria foi realizada na modalidade FOC e contou com a participação das Secretarias do TCU nos Estados do AP, BA, MT, PE, PR, RJ, RN, RR, RS, SC e SP.

O trabalho trata de questões afetas à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

Gráfico 20: Implantação do componente da auditoria interna do SUS nos entes federados



Fonte: TC 011.770/2015-5 – Levantamento Governança e Gestão em Saúde

3.6 Representação acerca de irregularidades na atuação do FNS

TC 022.118/2015-2 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

O processo trata de representação para apurar possível irregularidade nos atos de gestão do Fundo Nacional de Saúde quanto à não instauração de tomadas de contas especiais, a despeito de evidências de danos em recursos federais do SUS transferidos fundo a fundo, apurados no âmbito de auditorias do Denasus.

Foi identificadas divergências de interpretação, entre o Denasus, a CGU, o TCU e o FNS, acerca de dispositivos da Lei Complementar 141/2012 e do Decreto 7.827/2012, no que se refere à natureza dos recursos transferidos, ao órgão competente para fiscalizá-los e estabelecer responsabilidades, e ao cofre-credor para recomposição de eventual desvio. Em razão da interpretação dada pelo FNS para a matéria, o Fundo tem se eximido de instaurar tomadas de contas especiais, mesmo nos casos em que é observado dano ao erário.

Até o início de 2015, haviam sido devolvidos pelo FNS ao Denasus 366 processos, representando montante não cobrado de aproximadamente R\$ 295 milhões, em valores originais. A recusa do Fundo, observada desde o exercício de 2013, em dar andamento aos processos de auditoria do Denasus nos quais se verificou prejuízo ao erário representa risco aos cofres públicos e à efetiva punição dos responsáveis, pela possibilidade de alcance dos prazos prescricionais para instauração de TCE; para ajuizamento de ações civis públicas de improbidade administrativa e para pretensão punitiva nos processos do TCU, no tocante à aplicação de multa.

A questão tratada no processo relaciona-se à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

Tabela 4: Possíveis tomadas de contas especiais não instauradas pelo FNS

Situação	Quantidade	Valor original (R\$)
Auditorias nas secretarias de saúde	140	168.877.855,45
Aguardando parecer da CONJUR/MS, para definição de encaminhamento	124	44.003.805,22
Encaminhados às secretarias de saúde, com recomendação de recompor o respectivo fundo de saúde	74	53.622.892,89
Auditorias em prestadores de serviços	28	28.881.375,73
Processos que deixaram de ser encaminhados ao FNS, em razão da orientação contida no Memorando 0552 MS/SE/FNS	23	17.752.941,91
TOTAL	389	313.138.871,20

Fonte: Denasus

3.7 Acompanhamento das ações do MS no combate ao *Aedes Aegypti*

TC 023.421/2016-9 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

A introdução do Zika vírus no Brasil e o consequente aumento dos casos de microcefalia no ano de 2015 fizeram com que o Ministério da Saúde passasse a lidar com mais um agravo cujo disseminador principal é o mosquito *Aedes Aegypti*. Nesse contexto, diversas iniciativas foram adotadas, a fim de tentar frear a proliferação da zika – e, concorrentemente, da dengue e da febre chikungunya –, visando minimizar as consequências danosas à saúde da população, bem como reduzir os prejuízos inerentes à ocorrência de epidemias.

O objetivo da fiscalização foi examinar as medidas empregadas pelo Ministério no controle do vetor: coordenação, supervisão e controle exercidos pelo órgão transferidor dos recursos federais destinados ao combate ao mosquito; analisar a capacidade das entidades destinatárias quanto à efetiva e regular aplicação dos valores recebidos; e verificar a

disponibilidade de informações sobre a gestão dos recursos descentralizados.

Os achados verificados se referem a: ausência de controle, por parte do MS, da execução financeira dos recursos federais transferidos a estados e municípios para o combate ao mosquito, observando-se a existência de recursos ociosos em conta; insuficiência de capacitação dos agentes de controle de endemias; irregularidades na gestão de insumos; e ausência de regulamentação do Programa Nacional de Apoio ao Combate às Doenças Transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

A matéria objeto da fiscalização relaciona-se à meta 3.3 do ODS-3: “até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”.

Tabela 5: Número de casos de dengue, febre chikungunya e zika (2016)

Região	Dengue	Febre chikungunya	Zika (SE 1 a 52)
Norte	39.011	8.526	12.973
Nordeste	324.815	235.136	76.016
Sudeste	858.273	24.478	91.053
Sul	72.650	1.884	993
Centro-Oeste	205.786	1.800	34.284
Brasil	1.500.535	271.824	215.319

Fonte: Ministério da Saúde

3.8 Auditoria operacional no Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites

TC 022.584/2016-1 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexPrevidência.

Em 2016, o Tribunal realizou auditoria operacional para avaliar os principais aspectos de governança do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites, do Governo Federal.

O Plano possui como eixos de atuação o acesso à educação, a atenção à saúde e a inclusão social e acessibilidade. No que se refere à saúde, foram estabelecidas as seguintes ações, de competência da SAS/MS: identificação e intervenção precoce das deficiências; elaboração de diretrizes terapêuticas; Centros Especializados em Reabilitação (CER); oficinas ortopédicas e atenção odontológica.

Uma vez que a política pública envolve ações em diversas frentes, a auditoria foi realizada na modalidade FOC e contou com a participação da SecexSaúde, SecexEducação e das Secretarias do TCU nos estados da BA, ES, MA, SP, TO e PI.

A auditoria trata de tema afeto à meta 3.8 do ODS-3: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco finan-

ceiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”; às metas 4.5: “até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, os povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade” e 4.a: “construir e melhorar instalações físicas para a educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros, não violentos, inclusivos e eficazes para todos” do ODS-4; à meta 8.5 do ODS-8: “até 2030, alcançar o emprego pleno e produtivo e trabalho decente todas as mulheres e homens, inclusive para os jovens e as pessoas com deficiência, e remuneração igual para trabalho de igual valor”; e à meta 10.2 do ODS-10: até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente de idade, sexo, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra”.

4. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

4.1 Auditoria sobre a sistemática de ressarcimento ao SUS (2º monitoramento)

TC 021.280/2016-9

Acórdão: 3078/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde

Em 2008, o Tribunal realizou auditoria de conformidade¹⁰ na Agência Nacional de Saúde Suplementar para avaliar a sistemática adotada para o ressarcimento ao SUS dos valores correspondentes aos serviços prestados no sistema público a pacientes beneficiários de planos de saúde. Na época, constatou-se que procedimentos ambulatoriais não eram objeto de ressarcimento, ficando as ações daquela agência focadas em internações hospitalares. Os valores não processados entre 2003 e 2007 para pagamento de atendimentos ambulatoriais de alto custo, por meio de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC), superariam aqueles relativos à Autorização de Internação Hospitalar (AIH) em mais de R\$ 10 bilhões.

Além disso, verificou-se que o potencial de ressarcimento das APAC representava mais de quatro vezes o que era efetivamente ressarcido por meio de cobranças das AIH, considerado o percentual de impugnações apresentadas pelas operadoras de saúde julgadas procedentes. Caso aplicado o percentual passível de cobrança das APAC, encontrado a partir do estudo elaborado pela ANS, o potencial de ressarcimento ao SUS para procedimentos de média e alta complexidade alcançaria, de 2003 a 2007, cerca de R\$ 2,6 bilhões.

Nos últimos seis anos, o TCU vem realizando acompanhamento regular das medidas adotadas pela ANS para realizar a efetiva cobrança dos valores devidos. O ressarcimento ao SUS é procedimento complexo, que demandou da Agência diversas adaptações em rotinas de trabalho, alocação de mão de obra, desenvolvimento de sistemas, bem como custos indiretos de controle e gestão.

Deve-se ressaltar, no entanto, que tal procedimento possibilita uma externalidade regulatória, pois ao se demandar que operadoras de saúde façam o ressarcimento ao SUS, pode incentivá-las a oferecer melhor serviço aos usuários. Além disso, permite um controle centralizado pelo TCU, que tem potencial para reduzir o risco de captura da atividade de ressarcimento.

Nesse 2º monitoramento, observou-se que, com a incorporação dos atendimentos ambulatoriais de média e alta complexidade, em 2015, houve um aumento médio de 127% nos atendimentos identificados a serem ressarcidos pelas operadoras, representando cobranças de cerca de R\$ 112 milhões, quadruplicando o valor em relação às cobranças anteriores.

A matéria relaciona-se às metas 3.c do ODS-3: “aumentar substancialmente o financiamento

da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo

e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento” e 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

4.2 Auditoria operacional para avaliar a capacidade de fiscalização da ANS

TC 023.176/2015-6

Acórdão: 79/2017-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde.

A auditoria teve o objetivo de avaliar a atuação da ANS na fiscalização das operadoras de planos de saúde nos aspectos técnico-assistencial e econômico-financeiro e de aplicação de sanções pelo descumprimento de normas legais.

Foram constatadas deficiências na realização de fiscalizações in loco a cargo da Agência, uma vez que não há programação sistematizada e estruturada para essas ações. As fiscalizações são provocadas por demandas dos beneficiários e instrumentalizadas por meio da instauração de processo administra-

tivo sancionador fiscalizatório, com o objetivo de esclarecer pontos específicos.

Os relatórios das visitas técnicas são excelente amostra da importância das fiscalizações in loco, pois é possível vislumbrar irregularidades praticadas por operadoras de planos de saúde que não seriam identificadas à distância pela ANS. Ao analisar os relatórios encaminhados, observou-se que 100% das visitas técnicas realizadas de acordo com os critérios de priorização estabelecidos identificaram irregularidades e que, em 72% dos casos, as irregularidades identificadas refe-

Tabela 6: ANS – multas aplicadas x multas arrecadadas (R\$) (2011-2015)

Multas aplicadas		Multas arrecadadas (R\$)					% de arrecadação
Competência	R\$	2015	2014	2013	2012	2011	
2015	550.406.529,85	4.378.502,60					0,80%
2014	412.672.143,45	3.402.165,69	3.849.270,99				1,76%
2013	197.201.327,34		935.742,42	1.572.370,10			1,27%
2012	280.718.128,98		196.760,00	325.594,20	988.782,22		0,54%
2011	372.182.746,97		90.471,57		232.522,82	786.114,55	0,30%

Fonte: Relatórios de Gestão da ANS 2014 e 2015

riam-se a limitações de direitos dos beneficiários ou de interessados na contratação de planos com as operadoras.

Foram constatadas, ainda, deficiências dos sistemas de informação utilizados pela ANS nas atividades de fiscalização e de monitoramento assistencial e econômico-financeiro, as quais reduzem o aproveitamento da força de trabalho da entidade e colocam em risco os trabalhos da Agência, devido à falta de suporte para os sistemas desenvolvidos, de críticas de erros, de controles de acesso e de alteração das informações.

A auditoria apontou falta de integração entre as diretorias responsáveis pelas atividades de fiscalização e monitoramento técnico-assistencial e econômico-financeiro. Observou-se que, a despeito de o regimento interno da ANS remeter a uma atuação integrada entre as diretorias, essas se com-

portam como entidades autônomas, que possuem dificuldades no compartilhamento de informações e no estabelecimento de atividades integradas.

Essa falta de comunicação e de planejamento integrado pode acarretar lacunas na atuação da Agência, devido ao desconhecimento de informações relevantes para tomada de decisões e sobreposições de funções, com retrabalhos desnecessários.

Em face das constatações da auditoria, o Tribunal expediu recomendações e determinações que objetivam contribuir para a melhoria da gestão das atividades de fiscalização e monitoramento.

A matéria da auditoria relaciona-se à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

5.1 Auditoria operacional no controle pós-registro de medicamentos

TC 006.516/2016-5

Acórdão: 2683/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde.

Por solicitação do Congresso Nacional, o TCU realizou auditoria com o objetivo de examinar os procedimentos adotados pela Anvisa em relação ao controle posterior ao registro dos medicamentos, visando a fiscalização da manutenção da fórmula, dos efeitos esperados e de sua segurança.

As conclusões do trabalho apontaram para existência de fragilidades no monitoramento e fiscalização dos medicamentos comercializados no país, prejudicando o processo de notificação, análise, divulgação dos resultados e a visão nacional por parte da Anvisa e demais entes da Vigilância Sanitária acerca

das notificações de queixas técnicas e eventos adversos.

A auditoria constatou que o Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária (Notivisa) não apresenta ferramentas essenciais para execução da vigilância pós-comercialização, uma vez que não contempla todas as notificações do país, impossibilitando, assim, a avaliação de risco mais precisa por parte da Anvisa. O Estado de São Paulo, por exemplo, possui sistema próprio de notificação de eventos adversos e queixas técnicas de medicamentos (Periweb), que contém mais registros que o Notivisa e não compõe essa base de dados nacional (Tabela 7).

Constatou, ainda, a descontinuidade do Programa Nacional de Verificação da Qualidade de Medicamentos (Proveme), além de fragilidades nos programas estaduais de avaliação da qualidade dos medicamentos, bem como na estrutura e capacidade operacional dos laboratórios centrais de saúde pública nos estados (Lacens), responsáveis pela promo-

ção de ações de vigilância em saúde na área laboratorial.

O TCU expediu determinações e recomendações à Anvisa, com vistas à melhoria do Notivisa, ao aumento da transparência dos dados à população, ao efetivo funcionamento do Proveme e ao fortalecimento da Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Sanitária.

O tema da auditoria relaciona-se à meta 3.d do ODS-3: “reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, a redução de riscos e o gerenciamento de riscos nacionais e globais à saúde” e 9.5 do ODS-9: “fortalecer a pesquisa científica, melhorar as capacidades tecnológicas de setores industriais em todos os países, particularmente nos países em desenvolvimento, inclusive, até 2030, incentivando a inovação e aumentando substancialmente o número de trabalhadores de pesquisa e desenvolvimento por milhão de pessoas e os gastos público e privado em pesquisa e desenvolvimento”.

Tabela 7: Número de notificações de eventos adversos - Notivisa e Periweb (2014-2016)

Sistema	2014	2015	2016 (até 30/4/2016)
Notivisa	8.817	9.883	3.151
Periweb	27.122	32.815	17.418

Fonte: Anvisa e SES/SP

6. Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobrás)

6.1 Fiscobras 2016 – obras de implantação da fábrica da Hemobrás

TC 010.595/2016-3

Acórdãos: 2574/2016, 2958/2016 e 145/2017-TCU-Plenário (em fase de recurso)

Unidade técnica: SeinfraUrbana.

O processo trata de auditoria realizada pelo Tribunal, no âmbito do Fiscobras 2016, para fiscalizar as obras de implantação da fábrica da Hemobrás, em Goiana/PE. A planta industrial é composta por dezenove prédios destinados a receber equipamentos e processos produtivos e uma unidade administrativa, com área construída de 44.842,00 m², em terreno de 249.871,64 m², ao custo de R\$ 1,6 bilhão.

A Hemobrás planeja construir, no mesmo terreno, outro bloco industrial, destinado à produção do Fator VIII recombinante a partir de processos de engenharia genética, ao preço de R\$ 1,9 bilhão.

As obras da fábrica foram divididas em duas etapas, ambas contratadas com o Consórcio Biotec. A primeira etapa é objeto de fiscalização pelo TCU desde 2009, por meio do Fiscobras.

A segunda etapa é objeto de avaliação nessa auditoria de 2016, na qual foram identifica-

dos indícios de irregularidades graves, como pagamento de medições em desacordo com os critérios definidos; atraso na execução do empreendimento; termos aditivos e planilha orçamentária que não refletem os serviços necessários para conclusão da obra; e desequilíbrio econômico-financeiro no contrato de supervisão.

A auditoria apresenta, também, considerações sobre a “Operação Pulso”, conduzida pela Polícia Federal e pelo Ministério Público Federal, que apura a prática de crimes por agentes públicos e privados em contratos da Hemobrás, em ações que envolviam contratos de logística de plasma e hemoderivados, bem como da execução das obras. Foi autorizado pela Justiça o compartilhamento das informações sigilosas obtidas no curso da operação para outros órgãos de controle, entre os quais o TCU, em análise nessa auditoria.

A matéria tem relação com a meta 16.5 do ODS-16: “reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas”.

7. Fundação Nacional de Saúde (Funasa)

7.1 Auditoria operacional sobre resíduos sólidos (3º monitoramento)

TC 029.252/2015-6

Acórdão: 813/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde.

Em 2006, o TCU realizou auditoria operacional¹¹ para avaliar a atuação da Funasa no apoio à construção e operação de aterros sanitários nos municípios, no âmbito da Ação Orçamentária 10GG – implantação e melhoria dos sistemas públicos de manejo de resíduos sólidos em municípios de até 50 mil habitantes. Em 2015, foi realizado o terceiro monitoramento das deliberações proferidas pelo Tribunal em etapas anteriores.

Constatou-se que, embora tenha havido progresso na execução da política, ainda é relevante o número de municípios brasileiros onde os resíduos sólidos são dispostos de maneira ambientalmente inadequada: apenas 26,16% deles utilizam aterros sanitários

e 73,84% empregam aterros controlados e lixões, segundo dados do diagnóstico do manejo de resíduos sólidos urbanos do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), o que contribui para o aumento do vetor responsável pela transmissão da dengue, chikungunya e zika.

Em que pese o expressivo montante das dotações orçamentárias da Ação 10GG que é destinado à Funasa, verificou-se que a ação apresenta execução orçamentária e financeira incipiente, com baixo percentual de empenhos, de liquidação e de pagamento no transcorrer do exercício financeiro, mantendo alto índice de inscrição em restos a pagar não processados.

Gráfico 21: Tipos de disposição final dos resíduos sólidos urbanos, por região (2014)

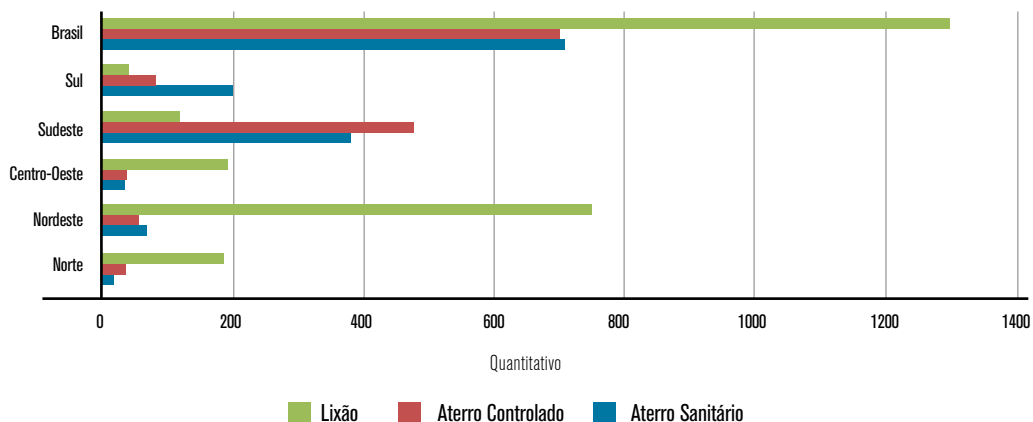


Tabela 8: Execução orçamentária e financeira da Ação 10GG (2012-2016)

Exercício	Dotação inicial (R\$)	Autorizado (R\$)	Empenhado (R\$)	Empenhado/Autorizado	Liquidado (R\$)	Pago (R\$)	RP pago (R\$)
2012	343.846.380	343.846.380	32.825.677	9,55%	0	0	66.730.968
2013	167.706.080	180.156.080	73.627.722	40,87%	0	0	29.952.322
2014	103.744.418	108.944.418	36.700.000	33,69%	0	0	11.518.792
2015	169.673.061	169.423.061	1.790.272	1,06%	0	0	19.370.128
2016	77.054.230	77.054.230	0	0%	0	0	912.154
Total	862.024.169	879.424.169	144.943.671	16,48%	0	0	128.484.364

Fonte: SIGA Brasil (acesso em 4/3/2016)

A maioria dos municípios com menos de 50 mil habitantes não possui recursos próprios disponíveis para execução dos projetos, dependendo dos recursos federais alocados à Funasa. Mantido o ritmo de execução orçamentária observado, seria necessário o mínimo de dezesseis anos para se atingir a universalização da disposição final ambientalmente adequada.

A matéria objeto da fiscalização relaciona-se às metas 3.3 do ODS-3: “até 2030, acabar

com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis”, 11.6 do ODS-11: “até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita das cidades, inclusive prestando especial atenção à qualidade do ar, gestão de resíduos municipais e outros” e 12.5 do ODS-12: “até 2030, reduzir substancialmente a geração de resíduos por meio da prevenção, redução, reciclagem e reuso”.

7.2 TCE em aquisição de medicamentos pela Funasa

TC 023.274/2009-0

Acórdão: 2901/2016-TCU-Plenário (em fase de recurso)

Unidade técnica: SecexSaúde.

Processo de Tomada de Contas Especial (TCE) instaurada em razão de irregularidades no pregão 10/2006 promovido pela Funasa para aquisição de diversos medicamentos para atender aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em todo o território nacional, e nos contratos dele decorrentes.

A TCE tem relevância em razão do debate havido sobre a adequação do Banco de Preços em Saúde (BPS) – sistema público que possibilita o registro, armazenamento e exposição das compras institucionais de medicamentos e produtos de saúde¹² – como referencial para imputação de dano

ao erário, nos termos da jurisprudência do Tribunal.

O entendimento do Tribunal foi de que o cadastramento de dados no sistema, por ocorrer em caráter voluntário, não compromete a fidedignidade das informações, pois a maior parte dos medicamentos conta com elevado número de registros, tornando os valores praticados representativos de mercado. Ainda que o sistema também contemple compras privadas, a exemplo de aquisição de medicamentos pelas Santas Casas, a ampla maioria dos dados cadastrados no BPS se refere a compras no setor público, tornando-o uma fonte referencial de preços mais conservadora e favorável aos responsáveis eventualmente condenados em débito, haja vista a tendência de os preços praticados para a administração pública serem mais elevados do que aqueles para a iniciativa privada. Ademais, o BPS já conta com funcionalidade que incorpora os preços registrados no Portal de Compras do Governo Federal (Siasg/Comprasnet), o que afasta o argumento de fragilidade daquele sistema para fundamentar a apuração de débito.

Tem relevância, também, pela materialidade dos débitos apurados, da ordem de R\$ 20

milhões. A Funasa comprou alguns medicamentos com valores superiores em até 3.200% aos praticados no âmbito da administração pública, considerando-se os maiores preços registrados no BPS. No volume total das compras efetuadas em decorrência do pregão, ocorreu superfaturamento da ordem de 250% a 700% dos preços praticados na administração pública, para os quatro lotes de medicamentos avaliados.

Diante disso, o Tribunal decidiu julgar irregulares as contas dos responsáveis arrolados, aplicando-lhes multa, condenando-os, em solidariedade com as empresas contratadas, ao pagamento de débito e inabilitando-os ao exercício de cargo em comissão ou função de confiança no âmbito da administração pública. Decidiu, também, solicitar à Advocacia-Geral da União (AGU) a adoção das medidas necessárias ao arresto dos bens dos responsáveis.

A matéria analisada na TCE tem relação com as metas 12.7 do ODS-12: “promover práticas de compras públicas sustentáveis, de acordo com as políticas e prioridades nacionais” e 16.5 do ODS-16: “reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas”.

7.3 Auditoria operacional nos controles internos da Funasa nos estados do AC, AM e RO

TC 020.984/2015-4

Acórdão: 2501/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: Secex-RR.

A ação de controle teve por objetivo avaliar os sistemas de controles internos das Superin-

tendências da Funasa nos Estados do AC, AM e RO, notadamente no que diz respeito ao pro-

cesso de análise de propostas, concessão e gestão de transferências voluntárias aos municípios, inclusive aquelas efetivadas por meio dos termos de compromisso do Programa de Aceleração do Crescimento (TC-PAC).

A auditoria concluiu que as superintendências avaliadas possuem controles internos desenvolvidos, notadamente pela base normativa que suporta a execução das atividades, considerando os resultados mensurados em cada componente integrante do Modelo Coso: ambiente de controle, avaliação de riscos, atividades de controles, informação e comunicação e monitoramento.

No entanto, foram constatadas fragilidades, notadamente quanto a: operacionalização do

plano de capacitação, gestão da força de trabalho, elevado índice de servidores cedidos, elevado índice de servidores em condições de se aposentar, inexistência de acompanhamento sistemático dos convenientes, inexistência de plano de monitoramento das verificações e recomendações emanadas do órgão de controle interno, entre outras, que podem trazer prejuízos ao bom desempenho das atividades finalísticas da entidade. Em razão disso, o Tribunal expediu determinações e recomendações com vistas a mitigar as fragilidades identificadas.

O trabalho trata de questões afetas à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8. Outros trabalhos relevantes

8.1 Perfil de governança e gestão em saúde das administrações públicas estadual e municipal (iGGSaúde)

TC 011.770/2015-5 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

Em 2015, o Tribunal de Contas da União firmou acordo de cooperação com outros 26 tribunais de contas estaduais e municipais, o Instituto Rui Barbosa (IRB) e a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), para realização do levantamento nacional de governança e gestão em saúde.

O trabalho teve por objetivo obter e sistematizar informações sobre governança e gestão em saúde em organizações estaduais e

municipais, a fim de promover a divulgação dos temas “governança” e “gestão” entre os envolvidos; identificar pontos de vulnerabilidade, induzindo-se melhorias; e de contribuir para o planejamento das ações de controle de cada tribunal de contas partícipe, relativas à área da saúde.

Foram focos de avaliação os conselhos e secretarias estaduais e municipais de saúde e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) de

todo o Brasil, mediante a técnica de autoavaliação de controles, que vem sendo utilizada pelo TCU em trabalhos análogos sobre os temas “governança”, desde 2008, e “gestão”, desde 2013.

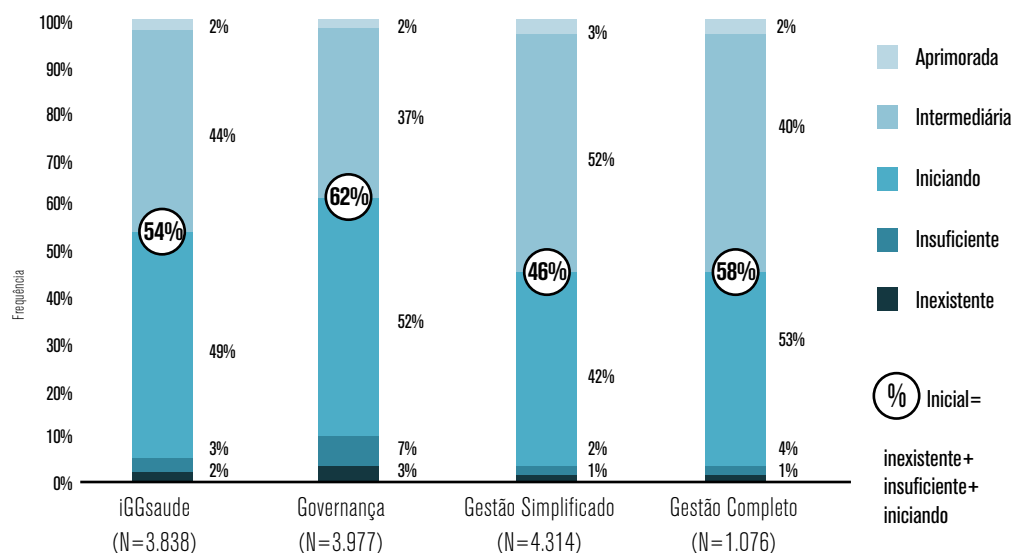
De 11.228 organizações convidadas a participar, foram obtidas respostas de 78% das secretarias municipais de saúde (4.349) e das sete superintendências regionais do DF; 73% dos conselhos municipais (4.048); e 100% das organizações estaduais e distritais – conselhos, secretarias e CIBs (81 organizações).

Os dados coletados no levantamento subsidiaram o cálculo do Índice de Governança e Gestão em Saúde (iGGSaúde), agregador formado por dois componentes: um de governança (iGovSaúde) e outro de gestão

(iGestSaúde). O iGGSaúde representa referência e instrumento de autoavaliação da capacidade dos entes federativos nessa área e, também, guia no processo de melhoria dos órgãos e entidades envolvidos (Gráfico 22).

A matéria tratada no levantamento relaciona-se à meta 17.18 do ODS-17: “até 2020, reforçar o apoio ao desenvolvimento de capacidades para os países em desenvolvimento, inclusive para os países de menor desenvolvimento relativo e pequenos Estados insulares em desenvolvimento, para aumentar significativamente a disponibilidade de dados de alta qualidade, atualizados e confiáveis, desagregados por renda, gênero, idade, raça, etnia, status migratório, deficiência, localização geográfica e outras características relevantes em contextos nacionais”.

Gráfico 22: Distribuição de frequência do iGGSaúde por estágio de capacidade



Fonte: respostas dos questionários de autoavaliação

8.2 Representação acerca de irregularidades no Conselho Federal de Odontologia

TC 011.185/2015-5

Acórdão: 1726/2016-TCU-Plenário (preliminar)

Unidade técnica: SecexSaúde.

O processo trata de representação acerca de irregularidades praticadas no âmbito do Conselho Federal de Odontologia (CFO), relativas a prática de peculato, pagamentos indevidos de diárias, passagens e hospedagens, aquisição antieconômica de imóvel, contratações e aquisições ilegais, entre outras, nos exercícios de 2013 a 2015. As despesas consideradas irregulares representam cerca de R\$ 40 milhões.

O TCU atuou em cooperação com a Polícia Federal e o Ministério Público Federal na apuração dos fatos e cruzamento de informações, de modo a subsidiar a atuação de cada órgão no âmbito de suas respectivas competências.

O Tribunal determinou cautelarmente o afastamento temporário do presidente do CFO e a constituição de processos apartados de tomadas de contas especiais e de representações, a fim de quantificar o dano, identificar os responsáveis e obter o respectivo ressarcimento, além de aprofundar as análises das irregularidades levantadas.

A matéria trata de questões afetas às metas 16.5: “reduzir substancialmente a corrupção e o suborno em todas as suas formas” e 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8.3 Representação acerca de irregularidades na SES-DF

TC 032.705/2014-0 (não apreciado)

Unidade técnica: SecexSaúde.

O processo trata de representação acerca de possíveis irregularidades ocorridas no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), relacionadas ao remanejamento entre blocos de financiamento dos recursos recebidos do Governo Federal; à má gestão dos recursos orçamentários e financeiros; à desobediência da ordem cronológica para o pagamento dos fornecedores; e à não utilização de insti-

tuição financeira oficial federal para a movimentação dos recursos transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS).

A análise técnica apontou que a SES-DF remanejou indevidamente, entre blocos de financiamento, recursos do FNS da ordem de R\$ 67 milhões. Além disso, a Secretaria utiliza banco não autorizado para movimentar os recursos federais destinados à saúde.

A matéria em análise nesse processo relaciona-se à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver

instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8.4 Contratos de gestão com Organizações Sociais e a LRF

TC 023.410/2016-7

Acórdãos: 2057/2016 e 2444/2016-TCU-Plenário (em fase de recurso)

Unidade técnica: SecexSaúde.

O processo trata de solicitação do Congresso Nacional para que o TCU se pronunciasse sobre a possibilidade de celebração de contratos de gestão com organizações sociais (OS), por entes públicos na área de saúde, especialmente quanto à forma de contabilização dos pagamentos a título de fomento nos limites de gastos de pessoal previstos na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF).

No primeiro acórdão, o Tribunal se manifestou no sentido de que a jurisprudência consolidada desta Corte de Contas é de reconhecer a possibilidade de realização de contratos de gestão com organizações sociais, desde que observadas certas orientações, a exemplo de: mesmo com a celebração do contrato de gestão, o poder público mantém a responsabilidade de garantir a qualidade e quantidade da prestação dos serviços; a transferência da gestão dos sistemas de saúde para OS deve ser precedida de estudo detalhado que comprove os benefícios da ação; os conselhos de saúde devem participar das decisões relativas à terceirização dos serviços de saúde e da fiscalização da prestação de contas das OS; não há amparo legal na contratação de mão de obra por entidade interposta mediante a celebração de termos de compromisso com

organizações da sociedade civil de interesse público ou de instrumentos congêneres, tais como convênios, termos de cooperação ou termos de fomento, firmados com entidades sem fins lucrativos; entre outras.

No segundo acórdão, examinou-se a forma de contabilização dos pagamentos realizados a OS contratadas pelo poder público na área de saúde, para fins de verificação dos limites com gastos de pessoal previstos na LRF. A matéria é controversa, haja vista que tribunais de contas estaduais e do DF vêm interpretando a questão de forma diversa.

O TCU registrou que não há, no âmbito da jurisprudência do Tribunal, deliberações que reconheçam como obrigatória a inclusão de despesas pagas a OS que celebram contrato de gestão financiado com fontes federais para fins de verificação do atendimento aos limites com gastos de pessoal estabelecidos pela LRF.

Registrou, também, que o Supremo Tribunal Federal já se manifestou no sentido de que os contratos de gestão celebrados com OS não consistem em contratação de terceirizados. Por sua vez, a LRF e a LDO exigem apenas a contabilização de despesas com

contratos de terceirização de mão de obra que se referem a substituição de servidores e empregados públicos e a contratação de pessoal por tempo determinado.

O Tribunal registrou que cumpre ao Congresso Nacional sopesar os riscos da utilização dos contratos de gestão com OS ao equilíbrio fiscal do ente federativo e a necessidade de prestação de serviços de saúde à sociedade, a fim de avaliar a oportunidade e conveniência de legislar sobre a matéria, de forma a inserir ou não no cômputo de apuração dos

limites estabelecidos na LRF as despesas com pessoal das OS.

A matéria relaciona-se às metas 3.c do ODS-3: “aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8.5 Acompanhamento do Programa Mais Médicos

TC 027.492/2013-3

Acórdãos: 3614/2013, 4/2014 e 360/2017-TCU-Plenário

Unidade técnica: SecexSaúde

O Programa Mais Médicos foi criado em 2013, para formar recursos humanos na área médica para o SUS, com os objetivos de diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias; fortalecer a prestação de serviços de Atenção Básica em saúde; aprimorar a formação médica no País; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS, entre outros.

As ações de promoção de aperfeiçoamento de médicos na área de Atenção Básica, no âmbito do Programa, são desenvolvidas pelo “Projeto Mais Médicos para o Brasil”, que prevê intercâmbio internacional, por meio de cooperação técnica com a Organização Pan-

-Americana de Saúde (OPAS), para viabilizar a participação de médicos cubanos.

Desde o início, o TCU realiza o acompanhamento do Programa, a fim de avaliar a legalidade e legitimidade de sua criação e implementação. Em acórdãos anteriores, foram apontados indícios de irregularidades relativos à falta de isonomia entre o tratamento dado aos médicos cubanos e aos brasileiros; à falta de detalhamento dos custos relativos à taxa de administração cobrada pela OPAS; à realização de pagamentos antecipados à OPAS; à não inclusão do Programa no Plano Plurianual; entre outras.

Em setembro de 2016, 18.240 médicos participavam do Programa, sendo 11.429 médicos cubanos (62,6%) e atendiam 63 milhões

de pessoas. O índice de profissionais com registro médico brasileiro era de apenas 29%.

O Governo Federal anunciou que, a partir de 2017, haverá substituição progressiva dos médicos cubanos por profissionais brasileiros ou oriundos de outros países. Nos próximos três anos, deverão ser admitidos 4.000 médicos brasileiros, reduzindo-se gradualmente em 35% a participação dos médicos cubanos, ao final do período.

O TCU verificou que o Projeto Mais Médicos tem produzido resultados relevantes, ainda que a avaliação desses resultados tenha se dado apenas sob o enfoque quantitativo e com foco somente na eficácia.

Merece destaque a questão da remuneração diferenciada paga aos médicos cubanos – parte do valor das bolsas-formação é retido pela OPAS e pelo Governo Cubano, sendo que os médicos brasileiros o recebem integralmente – foi objeto de intenso debate no julgamento mais recente, havendo o TCU decidido, ao final, que a análise dessa situa-

ção adentra o campo do direito internacional público. Assim, extrapola a competência do Tribunal intervir nas relações estabelecidas entre o Governo Cubano e a OPAS e tutelar interesses privados disponíveis.

Por meio do Acórdão 360/2017-TCU-Plenário, o Tribunal determinou a adoção de medidas ao Ministério da Saúde, para corrigir distorções verificadas na execução do termo de cooperação firmado com a OPAS.

A matéria relaciona-se com as metas 3.8: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” e 3.c do ODS-3: “aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, treinamento e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países de menor desenvolvimento relativo e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento”.

8.6 Auditoria na regulação do acesso à assistência à saúde em GO

TC 029.228/2014-0 (Luziânia); TC 029.226/2014-7 (Jataí); TC 029.221/2014-6 (Goiânia); TC 029.225/2014-0 (Catalão); TC 029.223/2014-8 (Anápolis); e TC 028.221/2013-3 (Estado de Goiás)

Acórdãos: 644/2015, 645/2015, 647/2015, 648/2015-TCU-Plenário e 1232/2014 e 4915-TCU-1ª Câmara.

Unidade técnica: Secex-GO.

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, controle, gerenciamento

e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. A regulação do acesso compõe, entre outras ações, a Polí-

tica Nacional de Regulação do SUS, constituindo dimensão específica que abrange a regulação médica e que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Considerando que a regulação do acesso se faz por meio dos complexos reguladores, os quais, por sua vez, têm sua implantação no âmbito das secretarias estaduais e municipais de saúde financiadas com recursos provenientes do Ministério da Saúde, a Secex-GO realizou com o objetivo de avaliar a conformidade das despesas destinadas à sua implantação, bem como de seus processos funcionais, nos complexos reguladores do Estado de Goiás e dos municípios de Goiânia, Anápolis, Luziânia, Catalão e Jataí.

Em razão dos achados da auditoria, o Tribunal determinou à secretaria estadual e às secretarias municipais de saúde auditadas a adoção de providências com vistas a sanar as irregularidades identificadas. O Ministério

da Saúde foi instado a promover apoio técnico para adequação funcional dos complexos reguladores.

Considerando que a efetividade da regulação do acesso em nível regional está comprometida diante da baixa resolutividade de serviços de média e alta complexidade nas respectivas áreas de abrangência, tanto a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, quanto o MS foram solicitados a direcionar investimentos públicos visando a reverter a tendência atual de concentração da oferta dos serviços no Município de Goiânia.

A matéria relaciona-se com as metas 3.8 do ODS-3: “atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos” e 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8.7 Auditoria na Secretaria de Estado de Saúde do Amapá

TC 013.657/2015-1 (não apreciado)

Unidade técnica: Secex-AP.

A auditoria teve por objetivo verificar a regularidade da aquisição, recebimento, distribuição e pagamentos de medicamentos e produtos correlatos, adquiridos com recursos SUS pelo Estado do Amapá.

Os principais achados referem-se a ações da Assistência Farmacêutica não fundadas em

diagnósticos, objetivos, metas e indicadores de avaliação; ausência de adoção formal de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas; deficiências nas etapas de seleção e programação de medicamentos; utilização parcial dos recursos, apesar da ocorrência de reclamações e denúncias de ausência/escassez de medicamentos; aquisição de medicamentos de res-

ponsabilidade do Estado com recursos federais e desabastecimento de medicamentos.

O objeto da auditoria relaciona-se com a meta 3.8 do ODS-3: “atingir a cobertura universal

de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos”.

8.8 Acompanhamento da regulação da atenção à saúde em MT

TC 001.637/2014-2, Acórdãos 634/2016 e 1291/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: Secex-MT.

A fiscalização teve por objetivo avaliar a eficácia e eficiência da implantação e operacionalização de complexos reguladores e centrais de regulação no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso e da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, bem assim do modelo de regulação de oncologia pediátrica daquele Estado.

No âmbito da secretaria estadual, verificaram-se falhas na execução físico-financeira dos municípios, quanto à atualização da Pactuação Programada Integrada, em que pese os esforços envidados.

Quanto aos complexos reguladores, o projeto de estruturação está em fase de análise de re-

adequação por parte do Ministério da Saúde e se desdobrará em ações administrativas futuras que envolvem, inclusive, decisões estratégicas por parte dos gestores para a implantação de complexos reguladores e informatização das unidades de saúde no âmbito do SUS.

O Tribunal encaminhou as conclusões do relatório de fiscalização aos órgãos e entidades afetos ao tema, a fim de subsidiar a formulação de políticas de regulação da assistência à saúde.

A matéria trata de questões afetas à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

8.9 Auditoria no gerenciamento dos prestadores de serviços de saúde em Cuiabá/MT

TC 024.271/2015-2, Acórdãos 591/2016-TCU-Plenário

Unidade técnica: Secex-MT

A auditoria foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá/MS, com objetivo de verificar a regularidade do processo de ge-

renciamento e pagamento de prestadores de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares no âmbito do SUS. Com base na mate-

rialidade dos recursos repassados pela SMS aos prestadores de serviço de saúde, foram selecionados como amostra quatro hospitais integrantes da rede SUS, todos com personalidade jurídica de entidade beneficente.

Os trabalhos de fiscalização evidenciam boas práticas no controle de pagamentos de serviços prestados no âmbito do SUS. No entanto, foram observadas impropriedades e oportunidades de melhoria relativas a: ausência de normas internas que padronizem as atividades de supervisão, notadamente

no tocante à definição da metodologia de trabalho; desrespeito ao princípio da segregação da função, pois a equipe que atua in loco também atua na segunda fase do procedimento de liquidação de despesa; e deficiente controle de frequência dos supervisores municipais.

O Tribunal expediu recomendações à SMS, ante as oportunidades de melhoria identificadas. O tema é afeto à meta 16.6 do ODS-16: “desenvolver instituições eficazes, responsáveis e transparentes em todos os níveis”.

Proposta de encaminhamento

Ante o exposto, submetemos os autos à consideração superior, propondo:

- I. considerar cumpridos os objetivos pretendidos por este processo;
- II. enviar, para ciência, cópia do acórdão que vier a ser adotado, bem como do relatório e voto que o fundamentarem:
 - i. ao Congresso Nacional e, em particular, à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO); às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados; e às Comissões de Assuntos Sociais (CAS) e de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA) do Senado Federal;
 - ii. ao Ministério da Saúde;
 - iii. ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS – Denasus;
 - iv. ao Ministério Público Federal;
 - v. à Casa Civil da Presidência da República;
 - vi. aos Tribunais de Contas estaduais;
 - vii. aos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems);
 - viii. ao Conselho Nacional Federal e aos Conselhos Regionais de Medicina;
 - ix. à Controladoria-Geral da União (CGU);
 - x. à Defensoria Pública da União;
- III. autorizar a elaboração do próximo FiscSaúde;
- IV. encerrar o presente processo, nos termos do inciso V do art. 169 do Regimento Interno/TCU.

SecexSaúde, em 31/3/2017.

(assinado eletronicamente)

LISAURA CRONEMBERGER MENDES PEREIRA
Assessora – matr. 2738-3

Voto

Em apreciação Relatório Sistêmico de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2015-2016, elaborado com o objetivo de dar transparência a aspectos relevantes da Função de Governo Saúde e informar sobre os principais trabalhos realizados pelo TCU acerca do assunto nos últimos dois exercícios.

Em continuidade aos anteriores relatórios sistêmicos da Função Saúde, este buscou igualmente obter elementos para aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos do Congresso Nacional. Longe de objetivar a realização de um completo diagnóstico da situação da saúde do país, os Relatórios Sistêmicos de Fiscalização (Fisc) contêm informações relevantes aos controles externo, social e legislativo. A publicidade dos temas ora tratados pode e deve ser promovida com a finalidade de transmitir as informações técnicas produzidas por este Tribunal por meio de linguagem acessível ao público geral.

Em síntese, o trabalho brinda o usuário da informação com: (i) breve histórico de cada FiscSaúde realizado pelo Tribunal desde 2013; (ii) contexto sobre a Função Saúde (relevância, execução orçamentária geral e por subfunções); (iii) atual estrutura organizacional do Ministério da Saúde; (iv) vinculação entre a saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável; (v) situação da saúde brasileira a partir de indicadores e; (vi) atuação do TCU na área no biênio 2015-2016.

O Relatório que antecede este Voto contém análise ao mesmo tempo abrangente e objetiva das questões apontadas nesta fiscalização, de modo que se mostra inconveniente repeti-las, sendo mais oportuno remeter o leitor diretamente ao texto produzido pela SecexSaúde.

Opto por destacar a quantidade e qualidade das informações deste Relatório de Levantamento, cujos dados devem chegar ao conhecimento das principais partes envolvidas que compartilham o desafio de trabalhar pela melhoria da saúde pública brasileira, em especial: o Congresso Nacional, suas comissões e consultorias legislativas; o Ministério da Saúde e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus); o Ministério Público Federal; a Casa Civil da Presidência da República; os Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e Federal de Medicina (CFM); o Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União (CGU); e a Defensoria Pública da União.

Tendo em vista os estudos atualmente em curso no Tribunal com vistas ao aperfeiçoamento dos relatórios sistêmicos e eventual revisão da sistemática de elaboração desses, deixo de acolher apenas a proposta da unidade instrutora de autorizar desde já a realização do próximo FiscSaúde. Entendo que a Secretaria-Geral de Controle Externo (Segecex), após a conclusão de tais estudos e conforme juízo ulterior, poderá propor novo trabalho ao competente Relator, se considerar conveniente e oportuno.

Convido o leitor a navegar pela amigável leitura deste FiscSaúde, que se destaca por lograr conferir linguagem acessível aos trabalhos eminentemente técnicos deste Tribunal. Assim, acolho os fundamentos do Relatório oferecido pela unidade instrutora, afora o ajuste já mencionado.

Ante o exposto, voto para que o Tribunal adote o acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 24 de maio de 2017.

Ministro BRUNO DANTAS
Relator

Acórdão

Nº 1070/2017 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 000.810/2017-7.
2. Grupo I – Classe de Assunto: VII – Relatório de Levantamento.
3. Interessados/Responsáveis: não há.
4. Órgão: Ministério da Saúde (vinculador).
5. Relator: Ministro Bruno Dantas.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde).
8. Representação legal: não há.
9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos que tratam do Relatório Sistemático de Fiscalização da Saúde (FiscSaúde) referente ao biênio 2015-2016.

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, diante das razões expostas pelo Relator, em:

- 9.1 considerar cumpridos os objetivos deste processo;
- 9.2 enviar, para ciência, cópia deste acórdão, bem como do relatório e do voto que o fundamentam:
 - 9.2.1 ao Congresso Nacional; à Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO); às Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados; às Comissões de Assuntos Sociais (CAS), de Meio Ambiente, Defesa do Consumidor e Fiscalização e Controle (CMA) do Senado Federal; e aos Diretores das Consultorias Legislativas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal;
 - 9.2.2 ao Ministério da Saúde e ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus);
 - 9.2.3 à Casa Civil da Presidência da República;

- 9.2.4 ao Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União;
- 9.2.5 ao Conselho Federal de Medicina;
- 9.2.6 aos Conselhos Nacionais de Saúde (CNS), de Secretários de Saúde (Conass) e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- 9.2.7 ao Ministério Público Federal;
- 9.2.8 à Defensoria Pública da União;
- 9.3 encerrar o processo, com fundamento no art. 169, inc. V, do Regimento Interno/TCU.
- 10. Ata nº 18/2017 – Plenário.
- 11. Data da Sessão: 24/5/2017 – Ordinária.
- 12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1070-18/17-P.
- 13. Especificação do quorum:
 - 13.1 Ministros presentes: Raimundo Carreiro (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, José Múcio Monteiro, Ana Arraes, Bruno Dantas (Relator) e Vital do Rêgo.
 - 13.2 Ministro-Substituto convocado: Augusto Sherman Cavalcanti.
 - 13.3 Ministros-Substitutos presentes: Marcos Bemquerer Costa, André Luís de Carvalho e Weder de Oliveira.

(Assinado Eletronicamente)
RAIMUNDO CARREIRO
Presidente do TCU

(Assinado Eletronicamente)
BRUNO DANTAS
Presidente Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
PAULO SOARES BUGARIN
Procurador-Geral

Notas

- ¹ TC 032.624/2013-1, Acórdão 693/2014-TCU-Plenário. Unidade técnica: SecexSaúde.
- ² TC 002.142/2015-5, Acórdão 426/2016-TCU-Plenário. Unidade técnica: SecexSaúde.
- ³ http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf
- ⁴ <http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-conselheiros-de-saude-2-edicao.htm>
- ⁵ TC 008.963/2014-2, Acórdão 1714/2015-TCU-Plenário. Unidade técnica: SecexSaúde.
- ⁶ <http://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/gestao-da-atencao-basica-a-saude-no-brasil.htm>
- ⁷ TC 005.010/2004-2, Acórdão 1.673/2004-TCU-Plenário (auditoria). TC-019.162/2005-4, Acórdão 1.130/2006-TCU-Plenário (monitoramento). Unidade técnica: Seaud (extinta)
- ⁸ TC 031.053/2013-0, Acórdão 2.177/2015-TCU-1ª Câmara; FiscSaúde 2013 e 2014. Unidade técnica: SecexSaúde.
- ⁹ TC011.587/2009-1, Acórdão 247/2010-TCU-Plenário. 1º monitoramento: TC011.807/2012-1, Acórdão 1.953/2012-TCU-Plenário. Unidade técnica responsável: SecexSaúde.
- ¹⁰ TC 023.181/2008-0, Acórdão 509/2009-TCU-Plenário. Unidade técnica: Secex-4 (extinta).
- ¹¹ TC 004.987/2006-9, Acórdão 2067/2008-TCU-Plenário. Unidade técnica: Seprog (extinta).
- ¹² <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/banco-de-precos-em-saude>.



Relatório Sistemico de Fiscalização

Saúde



Responsabilidade pelo Conteúdo

- Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex-Saúde)

Responsabilidade Editorial

- Secretaria-Geral da Presidência (Segepres)
- Secretaria de Comunicação (Secom)
- Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa

- Núcleo de Criação e Editoração (NCE)

Fotos

- Istock

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Secretaria de Controle Externo da Saúde (Secex-Saúde)

SAFS Qd 4 Lote 1 - Anexo 3, sala 243

CEP: 70.042-900 - Brasília – DF

Tel: (61) 3316-7334

secexsaude@tcu.gov.br

Impresso pela Sesap/Segedam



www.tcu.gov.br

Missão

Aprimorar a Administração Pública em benefício da sociedade por meio do controle externo.

Visão

Ser referência na promoção de uma Administração Pública efetiva, ética, ágil e responsável.