

VOTO

Cuida-se de processo apartado do TC 011.770/2015-5, que tratou de levantamento realizado no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de sistematizar informações sobre a situação de governança e gestão em saúde pública em âmbito nacional.

2. Coube a este processo, especialmente, o resultado do levantamento relativo à gestão em saúde.

3. O TC 011.770/2015-5, que compreendeu a parte da fiscalização relativa à governança em saúde, foi julgado por meio do Acórdão 1.130/2017, no qual o Tribunal tornou públicas as informações obtidas na fiscalização e proferiu recomendações a diversos órgãos.

4. Neste levantamento, a proposta da SecexSaúde também se revela no mesmo sentido, de tornar públicas as informações e recomendar medidas para o aperfeiçoamento da gestão. Releva notar que os benefícios deste trabalho se situam principalmente na publicidade dos resultados obtidos, uma vez que eles servirão para subsidiar o planejamento dos órgãos e incluir o tema nas suas agendas.

5. Acolho, na íntegra, a proposta alvitrada, adotando seus fundamentos como minhas razões de decidir, sem óbice de acrescentar outras recomendações que julgo pertinentes e dos comentários que passo a tecer.

II

6. Sabe-se que “gestão” compreende administrar recursos, pessoas e processos para que os objetivos estabelecidos sejam alcançados, de forma eficiente e eficaz. Ela abarca quatro funções básicas: planejar, executar, controlar e agir (Referencial Básico de Governança/TCU). Esta última no sentido de corrigir as falhas que podem interferir no alcance dos objetivos e retroalimentar o planejamento.

7. Assim, enquanto a “governança” direciona, estabelecendo “o que fazer”, a “gestão” operacionaliza, definindo “como fazer”. Suas funções são: planejar, executar, controlar e retroalimentar o planejamento. Deficiências no planejamento, na execução, no controle ou na retroalimentação podem comprometer a entrega de resultados ou resultar na entrega de produtos extremamente caros, comprometendo a eficácia ou a eficiência dos órgãos.

8. Ao realizar trabalhos como o presente, o TCU examina, de forma ampla, problemas relacionados ao alcance dos objetivos sociais, com vistas a corrigir o mau funcionamento da estrutura estatal, atacando suas causas primárias.

III

9. Antes de adentrar nos achados deste levantamento, destaco o esforço empreendido na presente fiscalização, não só por órgãos desta Corte, mas também por tribunais de contas de todo o país e por associações correlatas.

10. Participaram do trabalho servidores de diversas secretarias de controle externo, em especial, da Secretaria de Fiscalização da Saúde (SecexSaúde), da Secretaria de Aquisições Logísticas (Selog) e da Secretaria de Controle Externo do Paraná (Secex/PR), bem como servidores de 26 tribunais de contas. Além disso, auxiliaram este Tribunal, na articulação junto aos tribunais de contas, a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon) e o Instituto Rui Barbosa (IRB), e, perante as secretarias estaduais e municipais de saúde, o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) .

11. O levantamento foi executado por meio de questionários de autoavaliação enviados a **todas** as secretarias de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal do Brasil. Apresentaram respostas, aproximadamente, **78% das secretarias municipais e 100% das secretarias estaduais e distrital**, o que demonstra a dimensão da fiscalização realizada e a robustez dos resultados obtidos.

12. Saliente-se, ainda, que, independentemente das recomendações que serão proferidas adiante, com vistas à melhoria da gestão da saúde, a auditoria em relevo já gerou benefícios, na medida em que provocou mudança no comportamento dos atores envolvidos, por meio da disseminação do tema, conforme consignado no relatório e comentado em diversas respostas aos questionários.

13. Dessa forma, não poderia deixar de parabenizar as secretarias que desenvolveram o trabalho, nem de agradecer a valiosa colaboração das 26 Cortes de Contas, da Atricon, do IRB, do Conass e do Conasems.

IV

14. A auditoria em relevo se fundamentou em informações coletadas por meio de questionários de autoavaliação, elaborados com base no Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgãos e Entidades da Administração Pública (RBG) do TCU e no Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (Gespública), com as devidas adaptações realizadas pelas equipes desta Casa e dos tribunais de contas partícipes, bem como por gestores e especialistas em saúde de todo o país.

15. Para o tópico “gestão”, foram elaborados 3 modelos de questionário, um para cada perfil de destinatário (secretaria municipal que não possui estrutura de serviços de média e alta complexidade (MAC), secretaria municipal que possui serviço MAC e secretaria estadual e distrital de saúde). Cumpre esclarecer que os questionários foram aplicados às secretarias de saúde por serem estas os principais órgãos encarregados da gestão da saúde pública no Brasil.

16. As questões foram segregadas em dois grandes grupos: um relativo à área fim, Gestão da Atenção à Saúde, e outro relativo à área meio, Gestão Administrativa. O primeiro, por sua vez, subdividiu-se em: Atenção Básica (AB), Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), Assistência Farmacêutica (AF), Vigilância em Saúde (VS) e, no caso das secretarias estaduais, Apoio aos Municípios (AM).

17. Para cada subgrupo, foram listadas práticas que deveriam ser adotadas na gestão. O objetivo foi verificar o nível de maturidade de cada área de gestão e as ações que precisavam de maior aperfeiçoamento.

18. Por elucidativa, apresento abaixo a estrutura em que se organizaram os questionários:

Gestão da Atenção à Saúde
Atenção básica (somente para SMSs)
AB1 Organizar a atenção básica.
AB2 Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado.
AB3 Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias.
AB4 Vincular população aos territórios.
AB5 Estabelecer mecanismos de acessibilidade.
AB6 Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares.
AB7 Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade.
AB8 Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica).
AB9 Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica.
AB10 Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência.
AB11 Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).
Média e/ou alta complexidades (somente para SESs e SMSs modelo completo)
MAC1 Organizar o atendimento de média e/ou alta complexidades.

MAC2 Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade. MAC3 Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB). MAC4 Estabelecer complexo regulador. MAC5 Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologias de informação. MAC6 Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades. MAC7 Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade. MAC8 Realizar contrarreferência. MAC 9 Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs. MAC10 Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).
Assistência farmacêutica
AF1 Organizar a assistência farmacêutica. AF2 Selecionar medicamentos. AF3 Programar aquisição de medicamentos. AF4 Adquirir medicamentos. AF5 Armazenar e distribuir medicamentos. AF6 Dispensar medicamentos. AF7 Segregar funções críticas. (*) AF8 Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).
Vigilância em saúde
VS1 Organizar a vigilância em saúde. VS2 Realizar vigilância da situação geral de saúde da população. VS3 Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis. VS4 Realizar vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências. VS5 Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde. (*) VS6 Realizar vigilância da saúde do trabalhador. (*) VS7 Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde. (*) VS8 Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública. (*) VS9 Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).
Apoio aos municípios (somente para SESs)
AM1 Organizar o apoio aos municípios. AM2 Apoiar na execução das atividades atípicas. AM3 Apoiar o planejamento. AM4 Prover capacitação. AM5 Complementar recursos financeiros. AM6 Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio).
Gestão Administrativa
Planos
P11 Elaborar Plano de Saúde. P12 Elaborar programação anual de saúde. P13 Estabelecer planos operativos.
Processos de apoio – Aquisições (todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde)
PrAq1 Estabelecer processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde). (*) PrAq2 Monitorar e avaliar processo de aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde). (*) PrAq3 Implantar controles para cada uma das aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde)
Processos de apoio - Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde (o instrumento pode ser contrato administrativo, convênio, Termo de Parceria, Contrato de Gestão etc.)

PrCtt1 Estabelecer processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde. (*)
PrCtt2 Monitorar e avaliar processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde. (*)
PrCtt3 Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.
Processos de apoio – Orçamento e finanças
PrOF1 Estabelecer processo orçamentário e financeiro. (*)
PrOF2 Monitorar e avaliar processo orçamentário e financeiro. (*)
PrOF3 Monitorar e avaliar o fundo de saúde.
Pessoas
PE1 Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde.
PE2 Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde. (*)
PE3 Disponibilizar força de trabalho suficiente.
PE4 Desenvolver lideranças. (*)
PE5 Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas. (*)
PE6 Promover a aprendizagem contínua.
PE7 Realizar gestão do conhecimento (de outras formas que não por treinamentos). (*)
PE8 Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores. (*)
Informação e conhecimento
IC1 Utilizar sistemas de informação.
IC2 Utilizar comunidades de práticas. (*)
IC3 Patrocinar a inovação. (*)
IC4 Apurar e controlar custos. (*)

19. O estágio de maturidade de gestão foi classificado em três níveis: inicial, intermediário e aprimorado. Posteriormente, dividiu-se o estágio inicial em três subníveis: inexistente, insuficiente e iniciando.

20. Apresento, a seguir, uma síntese dos resultados obtidos no levantamento e fundamentos para o acórdão que ora submeto.

V – ATENÇÃO BÁSICA

21. No quesito Atenção Básica, a fiscalização demonstrou que 35% das secretarias municipais de saúde estariam em estágio inicial de capacidade, 59%, no estágio intermediário, e 6%, no estágio aprimorado.

22. As principais deficiências foram detectadas nas seguintes práticas:

22.1. estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica;

22.2. encaminhar para o cuidado da MAC, de forma ordenada, buscando a contrarreferência;

23. Verificou-se que 65% das secretarias municipais respondentes estão em estágio inicial no que se refere ao estabelecimento de mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica. A ineficácia no tratamento de atenção básica contribui para o aumento dos gastos com saúde, na medida em que, em alguns casos, resulta na busca por um tratamento hospitalar, de média e alta complexidade. Além disso, enfermidades não tratadas em seu estágio inicial podem se tornar mais complexas e penosas para o paciente.

24. No relatório de auditoria, cita-se o exemplo de um usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que, por uma possível ausência de acompanhamento preventivo no nível básico de atenção, teve seu quadro de diabetes agravado e precisou amputar membros.

25. A fim de aumentar a resolutividade da atenção básica, caberia à gestão municipal do SUS, dentre outras medidas: definir protocolos clínicos e monitorar sua utilização; sensibilizar a população

de que a atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS; estabelecer ferramentas que auxiliem no diagnóstico de usuários; e executar ações visando a prevenção de doenças e agravos.

26. Quanto à prática descrita no subitem 22.2., verificou-se que 79% das SMS encontram-se no estágio inicial. Em muitos casos, o encaminhamento de pacientes para atendimento especializado não obedece aos estritos termos dos protocolos clínicos estabelecidos. Além disso, frequentemente, não são ordenados de acordo com os fluxos de referência definidos, deixando de proporcionar aos profissionais da atenção básica a possibilidade de acompanhar a situação clínica dos usuários, bem como de solicitar o contrarreferenciamento desses pacientes (retorno à atenção básica dos pacientes atendidos na atenção de média ou de alta complexidade).

VI – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

27. No que concerne à gestão de Média e Alta Complexidade (MAC), 69% das secretarias municipais de saúde se encontram em estágio inicial de capacidade, 28%, em intermediário e 3%, em estágio aprimorado, enquanto que 79% das secretarias estaduais/distrital de saúde se encontram em estágio inicial, 26% em estágio intermediário e nenhuma em estágio aprimorado.

28. O levantamento revelou que as deficiências mais predominantes se encontram nas práticas de:

28.1. estabelecer complexo regulador;

28.2. monitorar e gerir as filas para atendimento;

28.3. realizar contrarreferência;

28.4. implantar controles na gestão de utilização de órteses e próteses e materiais especiais (OPME).

29. Estabelecer complexo regulador é organizar o conjunto de ações que tratam do acesso à assistência, de maneira articulada e integrada para adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima das necessidades dos usuários do SUS.

30. A prática é de extrema relevância para o alcance da integralidade do cuidado, um dos princípios orientadores do SUS. Por meio do complexo regulador, organiza-se o fluxo e o contrafluxo entre a atenção básica e a atenção de média e alta complexidade. Problemas nessa prática podem afetar a resolutividade dos tratamentos, aumentar as filas de espera, ferir o princípio da isonomia, gerar ações judiciais etc. Assim, ela interfere diretamente nas práticas de “monitorar e gerir as filas para atendimento” e “realizar contrarreferência”, que também se encontram em estado de incipiência na maioria dos órgãos de saúde.

31. O relatório de auditoria aponta que o Ministério da Saúde tem dado importantes contribuições no sentido de aprimorar esse cenário, podendo-se citar a prestação de apoio técnico e financeiro quanto à implantação de complexos reguladores, decorrente da Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS 1.559/2008, que conta com a disponibilização de sistema informatizado de regulação a estados e municípios (SISREG). No entanto, apenas 28% dos municípios se beneficiam do SISREG. Alguns municípios e secretarias adotam outros sistemas e que, muitas vezes, não se comunicam.

32. A equipe de auditoria propõe, então, recomendar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que, mediante a edição de ato normativo, estabeleça diretriz de nível nacional às secretarias estaduais e municipais de saúde no sentido de que a utilização dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou de outras soluções disponíveis na administração pública deva ser a regra, constituindo exceção a contratação de sistema junto ao setor privado.

33. Também sugere recomendar ao Ministério da Saúde que realize o acompanhamento do uso de sistemas informatizados no SUS, principalmente, quanto à verificação da utilização de soluções públicas disponíveis e quanto à integração entre os diversos sistemas informatizados.
34. Acolho ambas as propostas, com alguns ajustes.
35. Em relação ao controle de OPMEs, um alto percentual (88%) de secretarias que possuem estrutura MAC encontra-se no estágio inicial, sendo que, em 69%, o controle é inexistente.
36. A falta de controle pode acarretar diversos prejuízos aos entes públicos e a pacientes, como a aquisição de produtos superfaturados, a utilização sem indicação médica, a colocação de dispositivos sem registro na Anvisa, entre outros, consoante ocorreu no esquema apurado pela Polícia Federal conhecido como “máfia das próteses”.
37. Dada a verificação de baixa capacidade generalizada quanto ao controle de OPMEs, os resultados do levantamento apontam urgência quanto à adoção de medidas estruturantes de nível nacional, ressaltando as recomendações realizadas pelo TCU na auditoria que tratou especificamente a questão (Acórdão 435/2016 - Plenário).

VII – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

38. Consoante citado no relatório de levantamento, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução CNS 338/2004- PNAF) define este componente como:
- ‘Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.’
39. Os resultados consolidados revelaram que 53% dos municípios e 26% dos estados se situam em estágio inicial de capacidade de gestão da assistência farmacêutica.
40. As principais falhas constatadas nos municípios foram nas práticas de:
- 40.1. selecionar medicamentos;
- 40.2. monitorar a gestão da assistência farmacêutica.
41. O alto percentual de municípios em estágio inicial pode ser derivado do modelo de gestão adotado. Segundo a equipe, a formação de consórcios públicos é uma importante alternativa para o aumento da eficiência.
42. A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) faculta aos municípios a constituição de consórcios para o desenvolvimento, em conjunto, de ações e serviços de saúde que lhes correspondam. No mesmo sentido, o anexo à Portaria GM/MS 4.279/2010 orienta o planejamento, programação e processo conjunto de aquisição de insumos, indicando sua viabilização por intermédio de consórcio público de saúde.
43. Estudo realizado por Amaral e Blatt (2011), relativo a um município de Santa Catarina, apontou que sua adesão a consórcio para a aquisição de medicamentos, em 2008, possibilitou uma redução significativa de custos, garantindo-se maior oferta de medicamentos e diminuição do desabastecimento do componente da Assistência Farmacêutica Básica.
44. No Estado do Paraná (Consórcio Paraná Saúde), a adoção do modelo de consórcio também trouxe grande vantagem, segundo informações colhidas no levantamento.
45. Esta Corte já havia apontado para o benefício da utilização de consórcios no Relatório do Acórdão 1.459/2011-TCU-Plenário, nos seguintes termos:

“52. A organização dos municípios em consórcios de saúde poderia gerar ganhos de escala e economia de recursos públicos ao permitir que diversos municípios cooperassem nas ações da assistência farmacêutica, principalmente na compra dos medicamentos. Todavia, dos 10 estados auditados, somente no Paraná há consórcio intermunicipal destinado à compra de medicamentos que já se encontra constituído e funcionando.”

46. Por sua vez, a Portaria GM/MS 3.916/1998, em seu item 5.2, ‘c’, atribui ao gestor federal do SUS (Ministério da Saúde) o dever de apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da assistência farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde (a Política estabeleceu a mesma atribuição aos estados, em relação aos respectivos municípios).

47. Assim, propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde que realize levantamento sobre a situação atual dos consórcios públicos relacionados à assistência farmacêutica em funcionamento no país, e, a partir desse levantamento, considere a oportunidade de reavaliar e implementar, com maior efetividade, a estratégia de apoio e estímulo à organização desse tipo de modelo.

48. Em relação à gestão de assistência farmacêutica nos estados, chamou atenção o alto percentual de entes no estágio inicial de implementação das seguintes práticas:

48.1. dispensar medicamentos (56%);

48.2. segregar funções críticas (81%);

48.3. monitorar a gestão da assistência farmacêutica (59%).

49. A dispensação é o ato de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Nesse ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento, sendo elementos importantes da orientação, dentre outros, a ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

50. Consoante consignado no relatório, o alto percentual de secretarias em baixo nível de capacidade nesta prática se justifica por inadequações na quantidade de profissionais habilitados (farmacêuticos) para a sua execução; por desconhecimento dos procedimentos a serem seguidos para dispensação; e por ausência de informações que permitam rastrear a dispensação de medicamentos.

51. Isso torna o sistema vulnerável a fraudes e desperdícios, tais como: a retirada do mesmo medicamento pelo usuário com a mesma receita médica em várias unidades de saúde, ou com a frequência acima da estipulada, a dificuldade em alertar os usuários quanto a problemas verificados em um determinado lote de medicamentos.

52. Com relação à segregação de funções, a equipe de auditoria avaliou se há descrição e efetiva segregação das funções consideradas críticas na gestão de medicamentos.

53. Segregar essas funções mostra-se de extrema importância, na medida em que mitigam-se os riscos relacionados a erros e aqueles relativos a possíveis conflitos de interesses, de onde se originam as fraudes.

54. Preconiza-se que as pessoas ou as áreas responsáveis por uma determinada atividade do processo sejam distintas e independentes daquelas que exercerão as demais etapas, possibilitando identificar procedimentos falhos e indícios de fraude.

55. A título de exemplo, a pessoa responsável pela seleção de medicamentos ou pela programação de aquisição não deve ser a mesma pessoa que realiza o processo licitatório correspondente; o responsável pela liquidação da despesa (quando da entrega do objeto de compra) não deve ser a mesma pessoa que realiza o pagamento ou que promove o processo licitatório; o

responsável pelo recebimento dos medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ou correspondente não deve ser a mesma pessoa que recebe o medicamento em uma farmácia para dispensação; o profissional responsável pela dispensação de medicamentos não deve ser o responsável pelo controle de estoque da farmácia etc.

56. Não houve recomendação às secretarias estaduais no sentido de adotar medidas para a segregação de funções, pois isso fugiria à competência desta Corte, cabendo aos Tribunais de Contas Estaduais a incumbência de proferir recomendações que visam a melhoria de estruturas organizacionais de órgãos e entes estaduais.

57. De toda sorte, a publicidade que será dada aos resultados aqui obtidos poderá auxiliar os órgãos na correção dessas falhas.

VIII – VIGILÂNCIA EM SAÚDE

58. A vigilância em saúde visa ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

59. Nos municípios, constata-se que 37% das secretarias de saúde se encontram em um estágio considerado inicial, 57%, em estágio intermediário, e 6%, em estágio aprimorado de capacidade. As práticas mais incipientes são as relacionadas à “prevenção e ao controle de doenças transmissíveis” e à “prevenção e ao controle de doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências”.

60. Nos estados, os estágios de capacidade se distribuem da seguinte forma: 22% das secretarias estaduais revelam-se em estágio inicial, 70% em estágio intermediário e 7% em estágio aprimorado. Dentre as práticas menos desenvolvidas, cumpre mencionar a “prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências”, como nos municípios, e a “vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde”.

61. As ações de “prevenção e controle de doenças transmissíveis” são essenciais, por exemplo, para a contenção do avanço de doenças como as sexualmente transmissíveis, a dengue e a causada pelo vírus Zika.

62. Tal prática relaciona-se com a meta 3.3 do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS3), que dispõe:

“3.3 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.”

63. Assim, é forçoso notar que o estágio inicial em que se encontram municípios em relação à referida prática pode prejudicar o atingimento do objetivo acordado pelo Brasil.

64. No que tange à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências, 66% das secretarias municipais de saúde e 41% das secretarias estaduais encontram-se em estágio inicial.

65. As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por 72% das mortes no Brasil, com destaque para as do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%).

66. Para aumentar a eficácia das ações que visam ao controle de doenças crônicas não transmissíveis, é preciso que tais ações sejam realizadas com base em informações epidemiológicas confiáveis e sejam orientadas por diretrizes capazes de representar, com fidedignidade, as necessidades de saúde. Tais diretrizes devem levar em consideração a articulação com importantes atores, como outros setores governamentais, setor privado e sociedade civil, principalmente, no

sentido de contribuírem com a inibição dos fatores de risco relacionados a esses problemas de saúde, como tabaco, bebida alcoólica, falta de atividade física e obesidade.

67. No entanto, observou-se deficiência nas secretarias de saúde, no que se refere a: formulação de diretrizes com esboço em informações epidemiológicas confiáveis e articulação com os diversos atores envolvidos.

68. Registre-se, por fim, que a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violência está diretamente relacionada às metas 3.4, 3.5, 3.6 e 3.a, do ODS3:

“3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool.

3.6 Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.

3.a Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.”

69. No que se refere à prática de “vigilância em saúde ambiental”, as ações centram-se nos fatores não biológicos do meio ambiente que possam promover riscos à saúde humana, quais sejam, a água para consumo humano, o ar, o solo, os desastres naturais, as substâncias químicas, os acidentes com produtos perigosos, os fatores físicos e o ambiente de trabalho.

70. A equipe de auditoria avaliou o nível estabelecido nas secretarias estaduais de saúde (as secretarias municipais não foram avaliadas nesta prática) quanto ao mapeamento das populações expostas a riscos ambientais em saúde; aos protocolos de detecção e prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do ambiente que interfiram na saúde humana; e aos fatores de risco e seu monitoramento, sobretudo os relativos à qualidade da água para consumo humano, do ar e do solo.

71. Constatou-se que 56% das SESs se encontram em estágio de baixa adequação (estágio inicial), dos quais, em 7%, a prática é considerada inexistente.

72. Trata-se de uma situação de extrema vulnerabilidade da população a doenças e agravos decorrentes de contaminação pela má qualidade da água, do solo e do ar. Por outro lado, ações para aperfeiçoamento dessa prática têm grande potencial de reduzir, de forma significativa, os custos do SUS, visto que oferece melhorias em relação à situação de saúde da população em geral.

74. Da mesma forma que nas práticas anteriormente citadas, “a vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde” se vincula diretamente a metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente com as metas 3.9, 6.1, 6.2, 6.3, 6.6, 6.a e 6.b dos ODS3 e ODS6:

“3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.

6.1 Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo a água potável e segura para todos.

6.2 Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade.

6.3 Até 2030, melhorar a qualidade da água, reduzindo a poluição, eliminando despejo e minimizando a liberação de produtos químicos e materiais perigosos, reduzindo à metade a proporção de águas residuais não tratadas e aumentando substancialmente a reciclagem e reutilização segura globalmente.

6.6 Até 2020, proteger e restaurar ecossistemas relacionados com a água, incluindo montanhas, florestas, zonas úmidas, rios, aquíferos e lago.

6.a Até 2030, ampliar a cooperação internacional e o apoio à capacitação para os países em desenvolvimento em atividades e programas relacionados à água e saneamento, incluindo a coleta de água, a dessalinização, a eficiência no uso da água, o tratamento de efluentes, a reciclagem e as tecnologias de reuso.

6.b Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.”

75. Devido a esse risco de comprometimento de objetivos de desenvolvimento sustentável, a equipe de auditoria propõe informar o Ministério da Saúde sobre a situação, com vistas a subsidiar estudos sobre a necessidade de adoção de melhorias na estratégia ou na política nacional de vigilância em saúde.

76. No que se refere às falhas na formulação de diretrizes e na articulação com os atores envolvidos, são pertinentes os mesmos comentários tecidos nos itens 56 e 57 deste voto, no sentido de que não competiria à esta Corte fazer recomendações aos órgãos estaduais ou municipais.

IX – APOIO AOS MUNICÍPIOS

77. A Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) estabelece, em seu art. 17, III, que compete à direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) prestar apoio financeiro e técnico aos municípios.

78. A deficiência de apoio pode refletir na baixa capacidade para planejar e executar ações de saúde por parte dos municípios.

79. O levantamento verificou como se encontra a capacidade das secretarias estaduais de apoiar os municípios, analisando as práticas de “organizar o apoio”, de “apoiar na execução de ações atípicas”, de “apoiar planejamento”, de “prover capacitação”, de “complementar recursos financeiros”, de “prover apoio logístico” etc.

80. Verificou-se que 63% das secretarias estaduais se situam em estágio inicial. As práticas com maior deficiência foram as de “apoiar o planejamento”, “prover capacitação”, “complementar recursos financeiros” e “prover apoio logístico”.

81. No que se refere ao “apoio ao planejamento”, os resultados corroboram os apontamentos efetuados no âmbito da auditoria coordenada da atenção básica, realizada entre 2014 e 2015 pelo TCU (Acórdão 1.714/2015-TCU-Plenário), na qual se constatou baixa articulação entre as secretarias municipais e estaduais de saúde para a elaboração dos respectivos planos de saúde.

82. O planejamento é a base para que objetivos e metas das secretarias de saúde sejam atingidos. Um bom planejamento, realizado com base no levantamento das necessidades de saúde da população possibilita a operacionalização dos serviços públicos de saúde com maximização de sua qualidade; de seu impacto em relação aos problemas enfrentados; e com racionalização dos recursos disponíveis. A articulação de estados e municípios nesse estágio é de fundamental importância para que se evitem ações ineficientes e ineficazes.

83. Com relação à prática “prover capacitação”, aferiu-se que as SESs apresentaram baixa capacidade de levantar a necessidade de capacitação dos municípios, de executar ações de capacitação e de medir a satisfação das SMS quanto às ações oferecidas.

84. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mediante a Resolução da Diretoria Colegiada nº 63 de 25 de novembro de 2011 (RDC 63/2011), definiu que todos os serviços de saúde devem promover a capacitação de seus profissionais antes do início das atividades e de forma

permanente, em conformidade com as atividades desenvolvidas, devendo a capacitação ser adaptada à evolução do conhecimento e à identificação de novos riscos.

85. As necessidades de capacitação levantadas devem estar alinhadas às necessidades de saúde da população, priorizadas nos planos municipais de saúde, portanto, mostrando-se de extrema importância para que não ocorram casos de desenvolvimento de competências que fujam das reais necessidades das SMSs.

86. Quanto à prática de “complementar recursos financeiros”, constatou-se que 74% das SESs encontram-se em estágio inicial.

87. Não existe uma definição na Constituição Federal ou em lei de alcance nacional (em sentido estrito) obrigando que um mínimo de recursos deva ser entregue pelos estados aos municípios, para a execução de ações e serviços de saúde. Esses valores são pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) e aprovados pelos conselhos estaduais de saúde.

88. Como possíveis causas para a baixa capacidade das SESs nessa prática, são citadas a indisponibilidade de recursos suficientes para aportes complementares aos municípios e a indisponibilidade de informações municipais confiáveis quanto às necessidades de aportes complementares, com a finalidade de embasar as transferências. Todavia, ainda que não seja possível o aporte de recursos complementares na forma que a SES considera suficiente, levantar as necessidades de complementação financeira junto aos municípios é um processo de gestão indispensável para o fim de alimentar o planejamento.

89. Por fim, no que tange a “prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio)”, o levantamento visou verificar se: canais para recebimento de demandas de apoio logístico estão estabelecidos; recursos (humanos, infraestrutura etc.) para realizar apoio logístico estão disponíveis; ações de apoio logístico são realizadas; e avaliações da satisfação dos municípios quanto ao apoio logístico em outros estados estão disponíveis.

90. Os resultados apontaram para considerável deficiência das SESs quanto ao suporte a ser prestado a usuários do SUS que necessitam de tratamentos em outros estados. A atuação do estado, mediante articulação com seus municípios, é importante para que se possam obter ganhos em agilidade nos procedimentos a serem adotados (por exemplo, para internação), bem como para que se possa oferecer aos usuários condições de deslocamento para o estado de referência. Sendo assim, quanto mais eficiente esse apoio, maiores são as chances de os pacientes terem seus problemas de saúde solucionados.

91. Por fim, registre-se que as práticas “prover capacitação” e “complementar recursos financeiros” se correlacionam com a meta 3.c do ODS3:

“3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.”

92. As propostas da equipe de auditoria em relação a esses achados, são de cientificar os tribunais de contas competentes, bem como as secretarias de saúde envolvidas sobre os resultados obtidos, e de informar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) acerca das deficiências nas práticas de “prover capacitação” e de “complementar recursos financeiros”, com vistas a subsidiar estudos sobre a necessidade de maior colaboração dos estados, diante do compromisso brasileiro com o alcance do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável.

X – GESTÃO ADMINISTRATIVA

93. Nesse tópico, buscou-se avaliar a capacidade de gestão das áreas-meio das secretarias municipais e estaduais de saúde, quanto aos seguintes aspectos: planejamento, processos de apoio

(aquisições, contratação de terceiros para prestação de serviços de saúde e orçamentos e finanças), pessoas, informação e conhecimento.

94. Nas SMSs, as áreas mais deficitárias foi a de gestão de pessoas, seguida de gestão de processos de apoio (especialmente contratação de terceiros) e gestão do planejamento. Nas SESs, a baixa capacidade foi verificada principalmente quanto a gestão de pessoas e gestão de informação e conhecimento.

95. Em ambas as esferas, o nível de capacidade da gestão de pessoas é preocupante. Chama atenção, quanto aos municípios, o percentual de 81% em estágio inicial na prática “promover a aprendizagem contínua” e de 74% em estágio inicial na prática de “dispor de força de trabalho suficiente”. Com maior força, destaca-se, nos estados, a baixíssima capacidade em relação às práticas “desenvolver lideranças”, que se encontra 100% em estágio inicial, e “promover a aprendizagem contínua”, que se situa 81% em estágio inicial.

96. A gestão da informação e do conhecimento também apresentou índices muito baixos em todas as práticas avaliadas nos estados, a saber:

96.1. utilizar sistemas de informação;

96.2. utilizar comunidades de práticas;

96.3. patrocinar a inovação;

96.4. apurar e controlar custos.

97. Verificou-se que 93% das SESs estão em estágio inicial; 7% no intermediário; e nenhuma no estágio aprimorado.

98. Alguns apontamentos foram trazidos pela equipe de auditoria, com o intuito de promover a melhoria da gestão administrativa.

99. Em relação ao processo de aquisições, sugere-se, primeiramente, que seja amplamente fomentada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde a formalização de controles nos moldes do documento eletrônico denominado Riscos e Controles nas Aquisições (RCA), elaborado por este Tribunal, no âmbito do levantamento de governança e gestão das aquisições públicas – iGovAquisições – (Acórdão 2.622/2015-TCU-Plenário), disponível em: <http://www.tcu.gov.br/arquivosrca/ManualOnLine.htm>. Tal documento estabelece pontos de verificação do metaprocesso de “aquisição pública” que visa a mitigar riscos.

100. Sobredita sugestão aparece no relatório apenas como informação. Considero, todavia, pertinente que ela ingresse no rol de recomendações a serem proferidas por este Tribunal ao Ministério da Saúde.

101. A equipe também destaca que a adoção de sistemas informatizados que apoiem a operacionalização e a gestão das secretarias mediante acompanhamento por indicadores dos processos relacionados às aquisições é de extrema importância para o processo evolutivo na gestão do SUS.

102. Cita, como exemplo, o projeto do Sistema Integrado de Gestão de Aquisições – SIGA –, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, apresentado no III Consad de Gestão Pública. De acordo com o projeto, o SIGA possui uma ferramenta integrada de Business Intelligence (BI) que “lê” os dados criados a partir das tabelas do banco de dados, as quais são preenchidas pelos usuários na execução dos processos de consumo, compras, contratos, estoques, aquisições etc. A ferramenta permite a criação de painéis de indicadores de acordo com o perfil e a necessidade de cada nível gestor (Disponível em: <http://banco.consad.org.br/handle/123456789/456>).

103. No que se refere à prática de “implantar controles para os acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde”, a equipe ressalta, inicialmente, que a Portaria GM 3.410/13

estabeleceu as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com o eixo de contratualização definido na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP).

104. Conforme a Portaria, a contratualização tem como finalidade a formalização da relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS por meio do estabelecimento de compromissos entre as partes que promovam a qualificação da assistência e da gestão hospitalar de acordo com as diretrizes estabelecidas na PNHOSP (art. 3º, parágrafo único).

105. O art. 21 define que a contratualização será formalizada por meio de instrumento celebrado entre o gestor do SUS contratante e o prestador hospitalar sob sua gestão, com a definição das regras contratuais, do estabelecimento de metas, indicadores de acompanhamento e dos recursos financeiros da atenção hospitalar.

106. Em decorrência das previsões contidas na Portaria, o Ministério da Saúde concede incentivos financeiros aos entes que contratualizam conforme as suas regras, devendo estabelecer metas quantitativas e qualitativas, bem como indicadores em suas avenças. Assim, a supracitada norma se mostra importante quanto ao exercício do papel de indutora, no sentido de fazer com que os entes se mobilizem em aumentar e melhorar a atenção hospitalar (média e alta complexidades).

107. Outrossim, percebe-se que, ao atenderem aos requisitos previstos na norma, os entes que contratualizam em conformidade com a portaria facilitam o monitoramento a ser realizado pelo MS (art. 4º, IV, V e VI).

108. Atuação similar à descrita pela Portaria GM 3.410/13 (decorrente da PNHOSP) poderia ser aplicável a serviços de saúde como aqueles fornecidos por policlínicas, consultórios isolados e clínicas especializadas, e não apenas aos disponibilizados por hospitais, aumentando-se a capacidade dos municípios em gerir os acordos nesse sentido. Nessa ocasião, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde figurariam como fomentadores junto aos municípios (ainda que não seja possível o fomento financeiro, caberia à gestão federal e estadual do SUS cumprir o papel de orientação técnica às municipalidades).

109. Tendo em vista essas considerações, embora não tenha sido proposto pela unidade instrutora, reputo cabível proferir recomendação ao Ministério da Saúde para que fomenta a utilização de modelo semelhante ao da Portaria 3.410/13 pelas secretarias estaduais e municipais de saúde.

110. Acrescento que, em 2016, o Ministério da Saúde editou o Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde, que serve como importante direcionador para os gestores estaduais e municipais acerca do tema (Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/28/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATAcao-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>).

111. No que tange à gestão de pessoas, a equipe de auditoria salientou ser de grande importância que as SESs procurem desenvolver as diversas capacidades atinentes à liderança, das quais destacam-se as relacionadas à(o) (QUINN et al, 2003):

- 111.1. compreensão de si próprio e dos outros;
- 111.2. comunicação eficaz;
- 111.3. constituição e desenvolvimento de equipes;
- 111.4. uso de um processo decisório participativo;
- 111.5. gerenciamento de conflitos;
- 111.6. monitoramento do desempenho individual;
- 111.7. gerenciamento do desempenho e processos coletivos;

- 111.8. análise de informações com pensamento crítico;
- 111.9. gerenciamento de projetos;
- 111.10. planejamento e organização;
- 111.11. planejamento do trabalho;
- 111.12. produtividade do trabalho;
- 111.13. fomento de um ambiente de trabalho produtivo;
- 111.14. gerenciamento do tempo;
- 111.15. negociação de acordos e compromissos; e
- 111.16. apresentação de ideias.
112. Ao desenvolver tal capacidade, mitigam-se os riscos de que pessoas sem as habilidades adequadas desempenhem funções essenciais para o atingimento dos objetivos de saúde pública.
113. Ressalte-se que a prática de “desenvolver lideranças” atingiu o índice de 100% em estágio inicial nas secretarias estaduais, sendo que, em 78%, ela é completamente inexistente.
114. Por essa razão, também reputo pertinente recomendar ao Ministério da Saúde que avalie a oportunidade e a conveniência de adotar ações de fomento ao desenvolvimento de lideranças nas secretarias estaduais de saúde.
115. Em relação à baixa capacidade na prática de “promover a aprendizagem contínua”, o relatório enfatiza que, na área de gestão administrativa, a deficiência de capacitação de pessoas está diretamente ligada a riscos de desperdício de recursos públicos, mormente em decorrência de superdimensionamento orçamentário; da ausência de controles quanto à aquisição de insumos da saúde; e de aquisições antieconômicas, resultante da insuficiência de conhecimentos que envolvem licitações.
116. Assim, faz-se mister que os órgãos de saúde ponham em prática planos de capacitação alinhados às necessidades de cada órgão. Frise-se que diversos órgãos públicos, inclusive este Tribunal, oferecem cursos gratuitos na área de gestão administrativa, o que propiciaria capacitação sem cursos adicionais para as secretarias.
117. Por fim, no que se refere à gestão da informação e do conhecimento, merecem especial atenção os resultados relativos à prática de “utilizar sistemas de informação”, que se apresentou em estágio inicial em 70% das SESs.
118. Consoante destacado, o elevado nível de complexidade do Sistema Único de Saúde, definido pelo sistema constitucional-legal, demanda que robustos sistemas de informação estejam em pleno funcionamento, principalmente os dotados de recursos de tecnologia da informação (informatizados) e os que permitam acesso de dados entre as organizações (interorganizacionais), no sentido de que respostas imediatas sejam dadas às mais variadas demandas.
119. Conforme mencionado anteriormente, o Ministério da Saúde vem, ao longo do tempo, disponibilizando de forma gratuita, e com a correspondente capacitação profissional para sua operação (geralmente em decorrência de uma determinada política nacional), sistemas informatizados aos estados e municípios, podendo-se listar como exemplo, o Sistema de Regulação (SISRERG) e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS).
120. No entanto, a adesão a esses sistemas não é obrigatória, sendo possível aos estados e municípios adquirir outros que julgarem pertinentes, mediante contratos com empresas de desenvolvimento de *software*. Esta é uma situação que pode ser observada em toda extensão territorial brasileira. A atribuição dada ao Ministério da Saúde pelo art. 16, inciso XIII, da Lei 8.080/1990, no

sentido de que a pasta federal deva prestar cooperação técnica aos estados e às municipalidades (aqui inserido o apoio dado com a disponibilização de sistemas informatizados), não deveria ser rejeitada sem a correspondente justificativa. O apoio técnico atribuído ao Ministério gera custos, os quais não devem ser desperdiçados, em homenagem ao princípio constitucional da economicidade.

121. Considerando o SUS em toda a sua dimensão, a não adoção desses sistemas gratuitos pode estar acarretando um aumento de custos desnecessário.

122. Não é por outra razão que a Instrução Normativa 04, de 11 de setembro de 2014 – IN 04/2014/SLTI/MPOG, ao dispor sobre o processo de contratação de Soluções de Tecnologia da Informação pelos órgãos integrantes do Sistema de Administração dos Recursos de Tecnologia da Informação – SISP – do Poder Executivo Federal, exige que o estudo técnico preliminar da contratação seja compreendido pela avaliação das diferentes soluções que atendam aos requisitos, **considerando a disponibilidade de solução similar em outro órgão ou entidade da Administração Pública** (art. 12, inciso II, *a*). (grifo acrescido)

123. Além disso, sempre que verificada boa relação custo-benefício (eficiência), os diversos sistemas devem possibilitar integração entre si, de tal sorte que os dados constantes de um sistema sirvam de subsídio para outros. Não só os sistemas de caráter operacional, mas também os sistemas gerenciais (SIG) e os estratégicos (SIE) precisam possuir tal capacidade.

124. De acordo com o art. 7º da Portaria GM/MS 2.690/2007, o Ministério da Saúde deve coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde quanto à implantação da PNGTS – Política Nacional de Gestão de Tecnologia da Saúde.

125. Assim, em consonância com o disposto nos incisos III, X, XIII e XVII, do art. 16, da Lei 8.080/1990, e no art. 7º da Portaria GM/MS 2.690/2007, **recomenda-se ao Ministério da Saúde** que realize o acompanhamento do uso de sistemas informatizados no SUS, principalmente, quanto à verificação da utilização de soluções públicas disponíveis e quanto à integração entre os diversos sistemas informatizados.

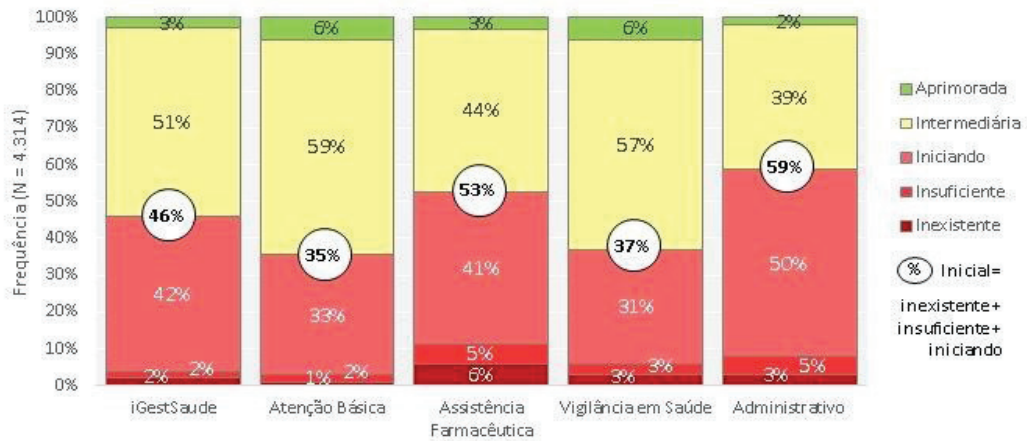
XI- ÍNDICE DE GESTÃO EM SAÚDE (iGestSaúde)

126. Com o intuito de criar um referencial para o monitoramento do processo de melhoria em gestão em saúde, o TCU instituiu o índice de Gestão em Saúde, o iGestSaúde. O cálculo do índice se baseia nos resultados dos levantamentos de gestão em saúde, englobando as respostas fornecidas pelas secretarias de saúde.

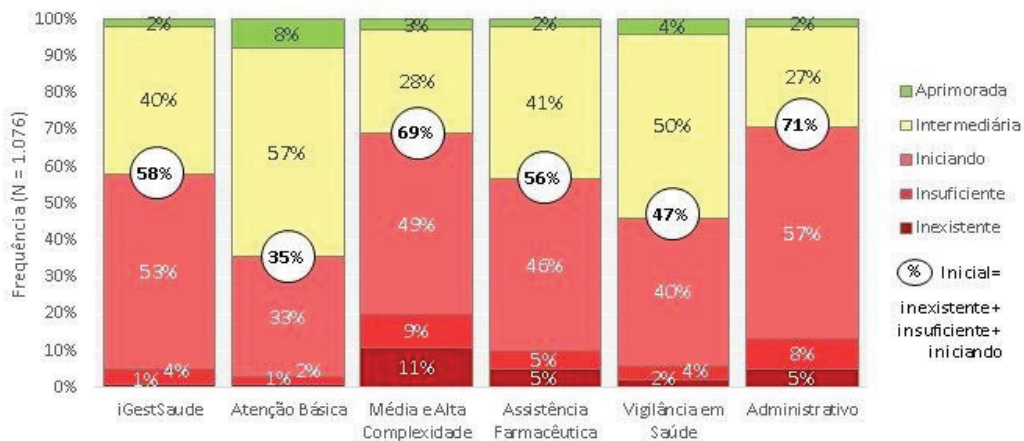
127. Cumpre lembrar que o iGestSaúde é baseado em questionários de autoavaliação e não deve ser entendido como uma medida exata de gestão em saúde, mas apenas como um guia no processo de melhoria.

128. De acordo com o levantamento, o iGestSaúde apresentou os seguintes resultados:

A - Distribuição de frequência do iGestSaúde e componentes de gestão do questionário simplificado por estágio de capacidade



B- Distribuição de frequência do iGestSaúde e componentes de gestão do questionário completo por estágio de capacidade



129. Observa-se que os piores resultados, tanto no caso dos questionários simplificados, quanto nos questionários completos, situam-se na gestão administrativa, seguidos da gestão de média e alta complexidade e da gestão de assistência farmacêutica.

XII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

130. Por fim, manifesto minha concordância com a proposta da unidade instrutora de tornar público este acórdão, acompanhado do relatório e do voto que o fundamentam, bem como o resultado consolidado detalhado do trabalho constante à peça 84, dando publicidade também ao relatório de levantamento constante à peça 89 e classificando todas as demais peças deste processo como reservadas, por considerar que a divulgação de alguns dados relativos ao levantamento pode ser importante para subsidiar trabalhos de diversos órgãos e entidades, bem como para informar a população em geral.

131. Por essas mesmas razões, acolho as propostas de enviar dados e/ou relatórios a diversos órgãos e entidades, bem como de divulgar informações sobre o levantamento na *internet* e em outros meios de comunicação, mantendo-se, no entanto, o sigilo do conteúdo legalmente justificável, nos termos do sugerido pela SecexSaúde.

Ante o exposto, VOTO por que este Tribunal adote a minuta de Acórdão que trago à apreciação deste Colegiado.



TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 23 de agosto de 2017.

Ministro BRUNO DANTAS
Relator