

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 023.961/2016-3

Natureza: Relatório de Levantamento

Órgãos: Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde

Interessado: não há.

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: LEVANTAMENTO. ATUAÇÃO CONJUNTA DOS TRIBUNAIS DE CONTAS DO BRASIL. SISTEMATIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE NO ÂMBITO NACIONAL. APURAÇÃO DO ÍNDICE DE GESTÃO EM SAÚDE (iGestSaude). IDENTIFICAÇÃO DOS PONTOS MAIS VULNERÁVEIS. RECOMENDAÇÕES.

RELATÓRIO

Trata-se de relatório de levantamento 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. Coube a este processo, especialmente, o resultado do trabalho relativo à gestão em saúde.

2. Participaram da auditoria, em conjunto com esta Casa, vinte seis tribunais de contas de todo o país: Tribunal de Contas do Estado do Alagoas, Tribunal de Contas do Estado do Amapá, Tribunal de Contas do Estado do Amazonas, Tribunal de Contas do Estado da Bahia, Tribunal de Contas dos Municípios do Estado da Bahia, Tribunal de Contas do Estado do Ceará, Tribunal de Contas do Distrito Federal, Tribunal de Contas do Estado de Goiás, Tribunal de Contas dos Municípios do Estado de Goiás, Tribunal de Contas do Estado do Maranhão, Tribunal de Contas do Estado do Mato Grosso do Sul, Tribunal de Contas do Estado do Pará, Tribunal de Contas dos Municípios do Pará, Tribunal de Contas do Estado da Paraíba, Tribunal de Contas do Estado do Paraná, Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco, Tribunal de Contas do Estado do Rio de Janeiro, Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro, Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Norte, Tribunal de Contas do Estado de Rondônia, Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, Tribunal de Contas do Estado de Roraima, Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, Tribunal de Contas do Município de São Paulo, Tribunal de Contas do Estado de Sergipe Tribunal de Contas do Estado de Tocantins. Ademais, auxiliaram significativamente a equipe de auditoria nos trabalhos: a Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), o Instituto Rui Barbosa (IRB), o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

4. As informações foram coletadas mediante a confecção e aplicação de questionários a todas as secretarias estaduais e municipais de saúde do Brasil. A análise usou como parâmetros modelos de gestão definidos no Referencial Básico de Governança (RBG) do TCU e no Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA), com algumas adaptações.

5. Responderam aos questionários, aproximadamente, 78% das secretarias municipais (4.356), e 100% das secretarias estaduais, o que demonstra o grande interesse das organizações em contribuir com o trabalho.

6. Transcrevo, com ajustes de forma, as principais constatações, constantes no Relatório de Levantamento elaborado por auditores da Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), da Secretaria de Aquisições e Logísticas (Selog) e da Secretaria de Controle Externo no Paraná (Secex/PR) (peça 89, p. 39 a 139):

“2 Perfil de Gestão em Saúde

131. Conforme mencionado nas seções 1.7 e 1.11, os questionários aplicados às secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como à Secretaria de Estado da Saúde do DF, foram segregados em dois grandes mecanismos, quais sejam, Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa. O primeiro (processos-fim) reflete os componentes, práticas e itens de controle relacionados aos níveis de atenção à saúde (atenção básica e atenção de média e alta complexidades), à assistência farmacêutica, à vigilância em saúde, e, no caso dos estados, acrescentou-se o componente relacionado ao apoio prestado aos municípios. Já o segundo (processos-meio) apresenta os componentes, práticas e itens de controle da gestão administrativa, que perpassam todos os componentes da Gestão da Atenção à Saúde.

132. No que concerne às secretarias municipais de saúde, a análise realizada somente se refere às práticas comuns aos questionários de modelos completo e simplificado. No entanto, dada a avaliação dos critérios de relevância e materialidade, considerou-se de alta importância a realização de análise quanto ao componente relativo à atenção de Média e/ou Alta Complexidades- MAC (as práticas MAC somente constam do questionário completo).

133. Frise-se, também, que o componente relativo à Atenção Básica não foi aplicado às secretarias estaduais de saúde, visto que não cabe a estas a operacionalização desse nível de atenção.

134. A seguir apresentam-se exposições acerca dos pontos considerados mais relevantes, após análise dos dados coletados, iniciando-se com um tópico relativo aos questionários aplicados às secretarias municipais de saúde, e, em seguida, outro tópico com as exposições referentes às secretarias estaduais e do Distrito Federal. As exposições estão feitas na seguinte ordem: apresentação dos componentes e práticas de cada mecanismo de Gestão em Saúde; resultados obtidos do levantamento; e considerações sobre aquelas práticas consideradas mais relevantes, com base nos resultados e nos riscos que a incipiência quanto à adoção das mesmas apresentam para o sistema.

135. Duas observações adicionais devem ser realizadas acerca deste capítulo:

135.1. No presente relatório, não serão mencionadas todas as ações do Ministério da Saúde que visam ao aperfeiçoamento de determinado componente de gestão, visto que a principal finalidade do que será relatado é apresentar os resultados obtidos da autoavaliação para que as partes interessadas a utilizem para tomar decisões que entenderem pertinentes.

135.2. Em regra, somente serão apresentados os resultados até o nível de prática, tendo em vista que a apresentação dos itens de controle (conjunto de assertivas efetivamente avaliadas, que compõem as práticas) tornaria o relatório demasiadamente extenso (em raros casos, os resultados dos itens de controle serão mencionados). Observe-se que os resultados das práticas desdobradas em seus itens de controle podem ser visualizados na peça 84.

2.1 Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias Municipais (SMSs)

136. Para apurar o perfil geral de Gestão em Saúde das secretarias municipais de saúde (SMSs), foram considerados somente os componentes e práticas comuns aos questionários de modelo simplificado e modelo completo, respondidos por todos os participantes. Por esse motivo, não se considerou o componente MAC, cujos itens de controle foram respondidos por somente 25% do total de secretarias municipais respondentes.

137. Assim, tem-se o seguinte resultado, disposto na Figura 1 abaixo:

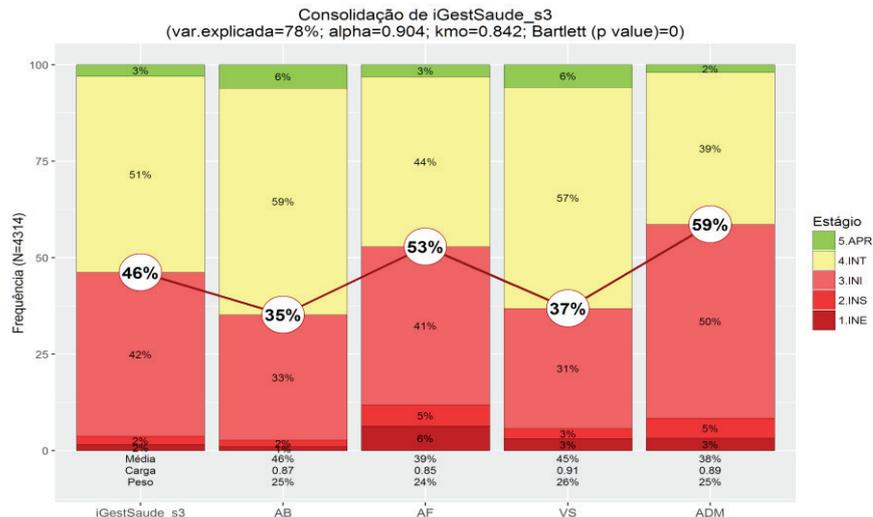


Figura 1 - Distribuição de frequência da Gestão em Saúde nas SMSs por estágio de capacidade

138. Dessa forma, verificou-se que, das SMSs que apresentaram respostas válidas, 46% encontram-se em estágio de capacidade inicial em Gestão em Saúde; 51% em estágio intermediário; e 3% em estágio aprimorado.

139. Como já mencionado, o questionário está segregado em dois grande mecanismos de Gestão em Saúde: Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa, cujos resultados relativos aos respectivos componentes estão dispostos adiante.

2.1.1 Gestão da Atenção à Saúde nas SMSs

140. O mecanismo de Gestão da Atenção à Saúde para as SMSs foi segregado em quatro componentes, quais sejam, Atenção Básica (AB), Média e/ou Alta Complexidades (MAC), Assistência Farmacêutica (AF) e Vigilância em Saúde (VS). Dessa forma, seguem os resultados acerca das capacidades de gestão relativas a cada um desses componentes.

2.1.1.1 Atenção Básica (AB)

141. A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, sendo desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, utilizando-se de tecnologias de baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em um determinado território (Brasil, 2009). Seus serviços, geralmente, são executados em estabelecimentos como postos de saúde, centros de saúde/unidades básicas de saúde, e unidades de Saúde da Família.

142. No Brasil, a atenção básica é operacionalizada com alto nível de descentralização e capilaridade, sendo desempenhada pelos municípios, com apoio técnico e financeiro da União e dos estados. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) preconiza que esse nível de atenção à saúde deve ser orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, devendo ser a principal porta de entrada do SUS e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (consoante o art. 9º, do Decreto 7.508/11, além da atenção básica, são portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto).

143. Starfield (2002) aduz:

‘Nem todos os países organizaram seus sistemas de saúde em torno de uma forte base de atenção primária. O imperativo tecnológico do século XX tem sido responsável por uma tendência à

especialização e à inferioridade do generalista, sendo este imperativo mais forte em alguns países do que em outros. Em que medida estas diferenças na orientação da atenção primária estão associadas a uma saúde melhor, custos mais baixos e satisfação das pessoas com seu sistema de saúde? Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que os países com uma orientação mais forte para a atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield, 1994).’

144. Afirma-se que a atenção básica é capaz de resolver mais de 85 % dos problemas de saúde da população (MENDES, 2011), nível de atenção a que, no Brasil, atribuiu-se a incumbência de coordenar o cuidado e ordenar as Redes de Atenção à Saúde (PNAB, 2012).

145. O papel de coordenação objetiva a transformação de um sistema de atenção fragmentado em um sistema com o formato de Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011), em que se reserva à atenção básica a competência para elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RASs (PNAB, 2012), atuando como o centro de comunicação entre esses pontos.

146. Já o papel de ordenar as redes está diretamente ligado à noção de planejamento, apontando-se que este nível de atenção deve reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (PNAB, 2012).

147. Tendo em vista (além de sua atuação no tratamento e reabilitação de pacientes) seu papel de articuladora das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde e de ampliação da autonomia dos usuários e coletividades, em termos de custos para a administração pública, uma atenção básica fortalecida pode ter o potencial de reduzir os gastos nos demais níveis de atenção (média e alta complexidades). Consigne-se que, em 2015, as transferências fundo-a-fundo destinadas aos atendimentos de média e alta complexidades foram, aproximadamente, 2,7 vezes maiores do que as destinadas à atenção básica (quase R\$ 41 bi contra R\$ 15 bi; Disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>).

148. Nessa esteira, os questionários aplicados no presente levantamento consignaram as práticas abaixo listadas, quanto ao componente Atenção Básica (AB):

- 148.1. AB1 - Organizar a atenção básica;
- 148.2. AB2 - Garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado;
- 148.3. AB3 - Definir territórios, estratificar os riscos e definir as responsabilidades sanitárias;
- 148.4. AB4 - Vincular população aos territórios;
- 148.5. AB5 - Estabelecer mecanismos de acessibilidade;
- 148.6. AB6 - Estabelecer equipes de atendimento multidisciplinares;
- 148.7. AB7 - Executar as ações da atenção básica de sua responsabilidade;
- 148.8. AB8 - Estabelecer mecanismos para continuidade no atendimento clínico (considerando o tratamento na própria atenção básica);
- 148.9. AB9 - Estabelecer mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica;
- 148.10. AB10 - Encaminhar para o cuidado na média e/ou alta complexidades, de forma ordenada, buscando a contrarreferência; e
- 148.11. AB11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento).

149. A seguir, na Figura 2, estão dispostos os resultados consolidados obtidos no presente levantamento quanto ao componente Atenção Básica (AB), seguidos das considerações julgadas relevantes acerca do observado.

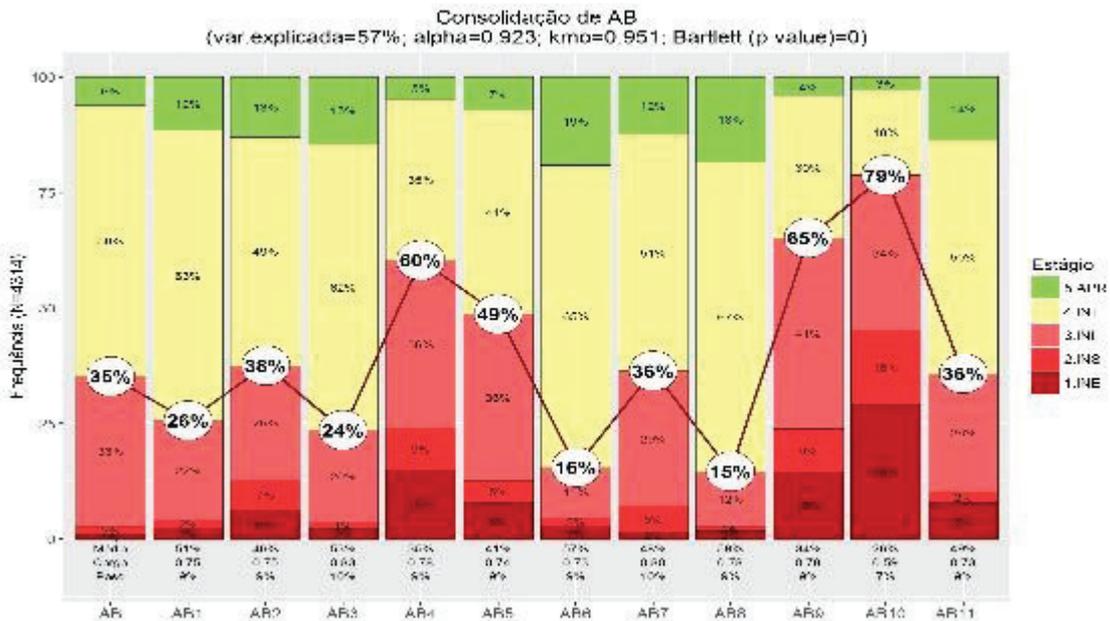


Figura 2 - Distribuição de frequência das práticas do componente AB nas SMSs por estágio de capacidade

150. Do gráfico apresentado, em relação ao componente AB, extrai-se que 35% das SMSs se encontram em um estágio considerado inicial, 59% no estágio intermediário, e 6% encontram-se no estágio aprimorado.

151. A prática AB2 possui a finalidade de verificar o nível de aderência das SMSs a controles mínimos que possam garantir que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado à saúde. Nesse sentido, o papel de ordenação conferido à AB está relacionado à noção de que as necessidades de saúde da população devem ser levantadas, a partir desse nível de atenção, de forma sistematizada, para que se possa realizar o planejamento/programação das ações e serviços de saúde prestados na própria AB e nas atenções de média e alta complexidades.

152. Os resultados apontam que 38% das SMSs encontram-se em um estágio considerado inicial em relação à supramencionada prática. Frise-se que esse é um percentual consideravelmente preocupante, tendo em vista que as necessidades de saúde da população devem orientar todo o processo de planejamento. Caso haja superdimensionamento ou subdimensionamento dessas necessidades, há elevado risco de desperdício de recursos públicos ou de inefetividade/iniquidade/ e qualidade insuficiente dos serviços públicos de saúde prestados.

153. No que tange à prática AB5, levantou-se que 49% das SMSs encontram-se em uma situação deficiente quanto ao estabelecimento de mecanismos de acessibilidade aos seus pacientes. Nessa prática foi verificado o nível de atendimento dos controles relacionados às medidas adotadas para facilitar o acesso de pacientes à atenção básica, como por exemplo, a implementação de estratégias de acolhimento com classificação de risco, bem como o estabelecimento, onde necessário, de meios de apoio logístico (como transporte sanitário). Observe-se que o acesso aos serviços da atenção básica não se dá apenas com a projeção e construção de unidades de saúde que prestem serviços nesse nível de atenção (que, conforme parâmetros técnicos definidos, fazem aumentar a cobertura do atendimento), mas também com apoio de importantes mecanismos que o reforçam.

154. Com relação à prática AB9, 65% das SMSs brasileiras possuem baixa capacidade quanto ao estabelecimento de mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica (estágio inicial: em 15% esses mecanismos são inexistentes, em 9% são insuficientes, e em 41% estão iniciando o estabelecimento de tais mecanismos).

155. A atenção básica deve atuar buscando-se obter alto nível de resolutividade quanto aos problemas de saúde da população. Cabe à gestão municipal do SUS a utilização de importantes mecanismos que visem ao alcance de tal objetivo, como: a definição e protocolos clínicos e monitoramento de sua utilização (cujas estritas observações podem resultar em uma redução dos encaminhamentos, por parte dos profissionais da AB, aos demais

níveis de atenção à saúde); o estabelecimento de mecanismos com vistas a sensibilizar a população de que atenção básica é a porta de entrada preferencial do SUS (fazendo com que a população compreenda como deve funcionar o Sistema); o estabelecimento de ferramentas que auxiliam no diagnóstico de usuários; e execução de ações visando a prevenção de doenças e agravos.

156. Os resultados podem apontar para uma possível falha da gestão do Sistema, em todas as esferas (União, estados e municípios), quanto à insuficiência da adoção de medidas com a finalidade de enfrentar a hegemonia da cultura hospitalocêntrica da população brasileira, que faz com que pacientes, quando da contração de um determinado problema de saúde, procurem, principalmente, os serviços hospitalares ou de urgência/emergência (disponíveis, por exemplo, nas Unidades de Pronto Atendimento- UPAs). Vislumbra-se que, além de outras possíveis, esse problema pode decorrer de duas potenciais causas (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004; SENNA; COSTA; SILVA, 2010): a) a existência de encaminhamentos excessivos, para outros níveis de atenção (média e alta complexidade), por parte dos profissionais da AB; e b) o desconhecimento do usuário de que a AB é a principal porta de entrada do SUS.

157. Uma baixa resolutividade da AB quanto à prevenção de doenças e agravos pode levar, por exemplo, a problemas como os relatados nas matérias especiais sobre o tema exibidas no programa Bom Dia Brasil, da Rede Globo, que foram ao ar nos dias 11 e 12 de julho de 2016 (Disponíveis em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/07/atendimento-basico-precario-na-saude-faz-aumentar-internacoes.html>; <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/07/falhas-na-atencao-basica-de-saude-se-repetem-em-varias-regioes-do-pais.html>). Dentre outros pontos tratados nas reportagens, relatou-se a história de um usuário do Sistema que, por uma possível ausência de acompanhamento preventivo no nível básico de atenção, teve seu quadro de diabetes agravado e, por consequência, teve um membro e partes de outros membros amputados.

158. Quanto à prática AB10, verificou-se que 79% das SMSs encontram-se no estágio inicial quanto ao encaminhamento de pacientes, de forma ordenada, para o cuidado na média e/ou alta complexidades, buscando-se a contrarreferência desses usuários (em 29% das SMSs, a prática é considerada inexistente; em 16%, é insuficiente; e em 34%, está-se iniciando a efetivação da mencionada prática).

159. O encaminhamento de pacientes para atendimento especializado (obedecendo-se aos estritos termos dos protocolos clínicos estabelecidos) é de extrema relevância para que se possa alcançar a integralidade do cuidado, um dos princípios que orientam o SUS. Esses encaminhamentos precisam ser ordenados de forma a obedecer os fluxos de referência definidos, devendo-se, mediante o estabelecimento de mecanismos apropriados, proporcionar aos profissionais da atenção básica a possibilidade de acompanhar a situação clínica dos usuários, bem como, conforme o caso, a solicitação do contrarreferenciamento desses pacientes (retorno à atenção básica dos pacientes atendidos na atenção de média ou de alta complexidade).

160. Nesse sentido, o resultado aponta para dois graves problemas que podem afetar diretamente a resolutividade do SUS: a incipiência da ordenação dos fluxos de referência nos municípios e a grande deficiência quanto à prática do contrarreferenciamento de pacientes, possivelmente, ocasionada pela falta de cultura dos profissionais, tanto da atenção básica (que realizariam a busca desses pacientes encaminhados) quanto da atenção especializada (que são responsáveis por realizar a contrarreferência).

2.1.1.2 Média e/ou alta complexidade (MAC)

161. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a **média complexidade**:

‘É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cujá prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde.’ (grifou-se)

162. Os seguintes grupos compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7)

radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia.

163. A atenção de **alta complexidade** é definida como (Brasil, 2009):

‘Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).’ (grifou-se)

164. As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfecta; fibrose cística e reprodução assistida.

165. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS- SIHSUS (embora em pequena quantidade, encontram-se também no Sistema de Informações Ambulatorial do SUS- SIASUS).

166. A maior parte dos municípios brasileiros não possui estrutura de atenção de média e alta complexidades (MAC). De acordo com dados disponibilizados na página do Índice de Desempenho do SUS-IDSUS-, pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas/SE/MS), 4.221 municípios não possuem estrutura MAC, o que representa 76% dos municípios brasileiros (conforme o Índice de Estrutura do Sistema de Saúde do Município- IESSM-, disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>).

167. Para garantir a integralidade do cuidado de sua população, os municípios que não dispõem desses serviços dependem dos chamados municípios de referência, que ficam com a atribuição de prestar assistência especializada, conforme pactuação previamente estabelecida (atualmente, conforme definido no Decreto 7.508/11, as pactuações dessa natureza deveriam ser definidas no âmbito do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde- Coap-, de forma regional, envolvendo os municípios participantes de uma determinada região de saúde, o respectivo estado e a União).

168. As seguintes práticas foram definidas para avaliar o componente de média e/ou alta complexidade(s) (MAC):

168.1. MAC1 - Organizar o atendimento de média e alta complexidade;

168.2. MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;

168.3. MAC3 - Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB);

168.4. MAC4 - Estabelecer complexo regulador;

168.5. MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação;

168.6. MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades;

168.7. MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;

168.8. MAC8 - Realizar contrarreferência;

168.9. MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs;

169. MAC10 Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).

170. Abaixo

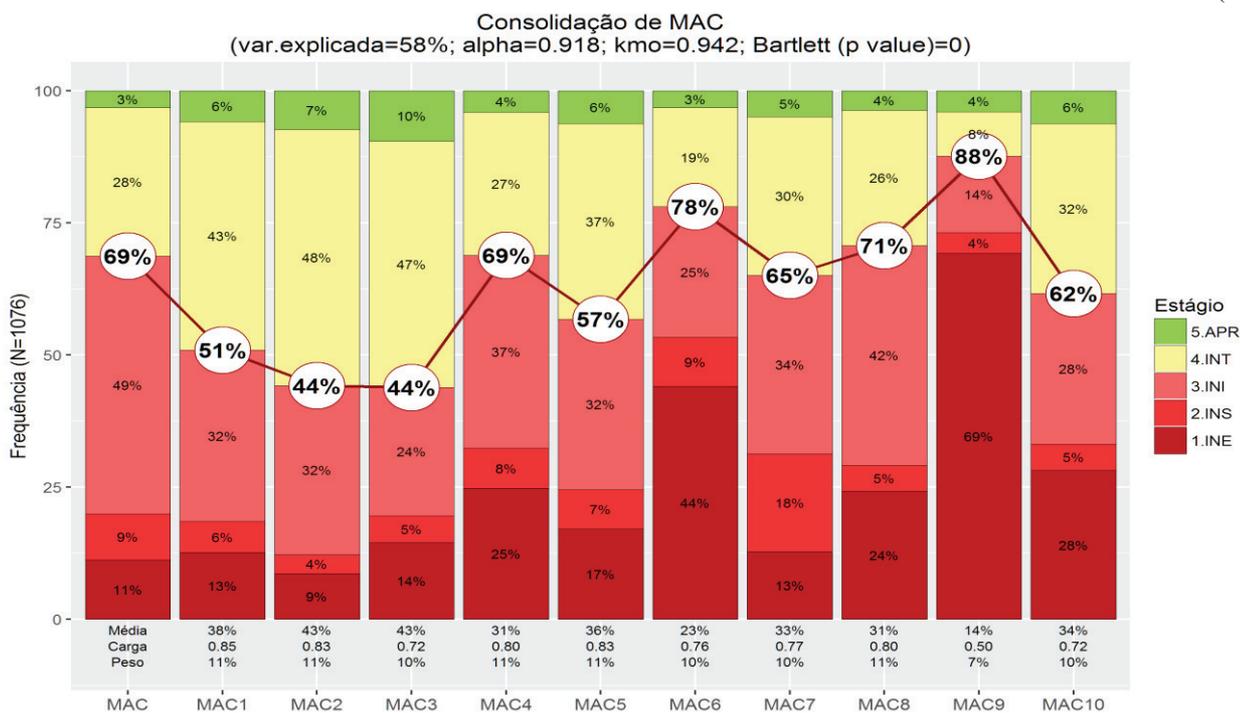


Figura 3), apresentam-se os resultados consolidados advindos das respostas referentes ao componente de Média e/ou Alta Complexidades (MAC).

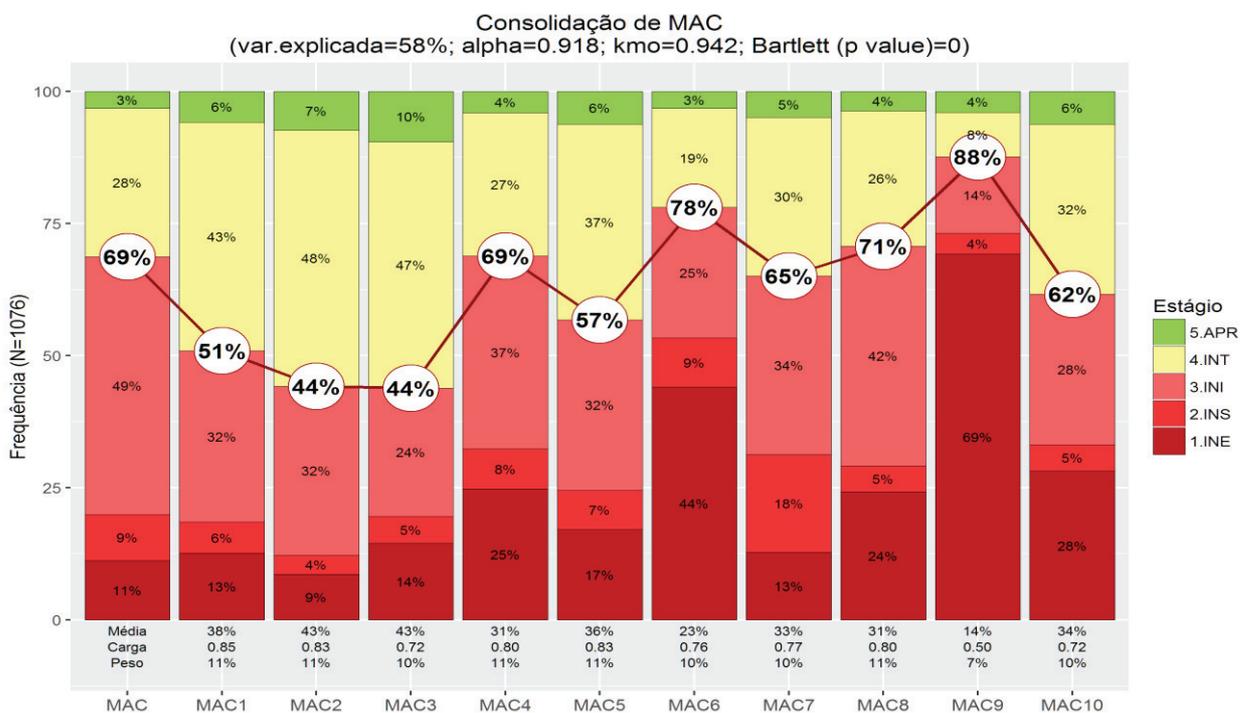


Figura 3 - Distribuição de frequência das práticas do componente MAC nas SMSs por estágio de capacidade

171. A partir do gráfico apresentado, em relação ao componente MAC, verifica-se que 69% das SMSs que possuem estrutura de média ou estrutura de média e alta complexidades se encontram em um estágio considerado inicial, 28% no estágio intermediário, e 3% encontram-se no estágio aprimorado.

172. De acordo com o observado, pode-se afirmar que é inquietante a situação dos municípios no que toca à gestão da atenção de média e alta complexidades. Das SMSs respondentes que possuem estrutura para atendimento nesses níveis de atenção, se verificada de forma isolada, cada prática possui mais de 40% dos municípios em estágio inicial (mínimo de 44%- MAC2 e MAC3- e máximo de 88%- MAC9). Vale realizar algumas considerações acerca dos resultados das práticas MAC4, MAC5 e MAC9.

173. As práticas MAC4 e MAC5 versam sobre a regulação assistencial, considerado um dos mais importantes temas quando se trata do acesso aos níveis de média e alta complexidades, geralmente exercido pelas chamadas centrais de regulação (central de regulação é a unidade responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contrarreferência).

174. De forma sintética, para que haja uma integração eficiente entre a atenção básica e os níveis de média e alta complexidades, conforme a proposta de funcionamento das redes de atenção à saúde (RASs) atualmente vigente no seio do SUS, torna-se necessário que a regulação assistencial esteja em pleno funcionamento, exercendo o papel de nó entre o nível básico e os níveis secundário e terciário de atenção, buscando-se, assim, a integralidade do cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde da população.

175. O Ministério da Saúde tem dado importantes contribuições nesse sentido, podendo-se citar a prestação de apoio técnico e financeiro quanto à implantação e implementação de complexos reguladores, decorrente da Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS 1.559, de 1º de agosto de 2008, que conta com a disponibilização de sistema informatizado de regulação a estados e municípios (SISREG).

176. No entanto, no que toca ao funcionamento dos complexos reguladores (prática MAC4- Estabelecer complexo regulador), as respostas informadas pelos participantes do levantamento indicam uma situação de acentuada incipiência do seu processo de consolidação, 69% das SMSs encontram-se em estágio inicial, sendo que em 25% a prática foi considerada inexistente.

177. Quanto ao SISREG, sabe-se que apenas 1.600 municípios em todo o Brasil se beneficiam do mesmo (cerca de 28%), com 204 centrais de regulação ambulatorial e 19 centrais de regulação hospitalar (Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>; peça 81). Ademais, não se conhece o nível de qualidade atual do SISREG; a quantidade de municípios que utilizam outros sistemas informatizados para regulação assistencial, bem como se esses sistemas possibilitam a integração com o SISREG.

178. É possível que problemas relacionados ao uso de sistemas informatizados tenham contribuído para os resultados verificados na prática MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação-, em que 57% das SMSs demonstraram estar no estágio inicial.

179. Os dados dispostos apontam que, apesar do esforço ministerial em relação às referidas medidas, estratégias robustas, envolvendo, principalmente, a União e os estados, devem ser desenvolvidas para atacar os problemas identificados quanto à regulação assistencial, visto que, além de ter de suprir as demandas regulatórias de sua população, é comum que municípios prestadores de atenção MAC realizem a regulação da população de municípios referenciados. A maioria dos municípios brasileiros (76%) não possui estrutura MAC, portanto, sendo dependentes dos demais municípios de referência, inclusive, quanto aos serviços de regulação por estes disponibilizados.

180. No que tange à prática MAC9, inicialmente, torna-se necessário expor os conceitos de órtese, prótese e materiais especiais. Órtese é entendida como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido. Já a prótese é compreendida como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido. Os materiais especiais são aqueles utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos que não se enquadram nas especificações de órtese ou prótese.

181. Na avaliação da prática MAC9, fica configurada a hegemonia da falta de controle quanto à gestão da utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) nas SMSs. Um alto percentual (88%) de secretarias que possuem estrutura MAC encontra-se no estágio inicial quanto a esses controles, sendo que, em

69%, os mesmos são inexistentes. Os controles autoavaliados referem-se à especificação e padronização de OPMEs; quantificação, com base em metas de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais, de OPMEs a serem adquiridas; recebimento, armazenagem, conservação e utilização de OPMEs; controles de estoque desses itens; e controles de rastreamento, desde a sua aquisição até sua utilização.

182. No Relatório do Acórdão 435/2016-TCU-Plenário (Relatório de auditoria de natureza operacional sobre tema, realizada em 2015), já foi esposto que a falta desses controles pode propiciar diversos problemas, como aqueles apontados no episódio conhecido como “máfia das próteses”, no ano de 2015, em que se noticiou a ocorrência de diversas supostas irregularidades como a venda de dispositivos com sobrepreço; a cobrança de comissões irregulares por médicos e hospitais para indicação e compra de OPME; fraudes na utilização por meio de falsificação de prontuários; desvios de dispositivos; indução à judicialização de dispositivos a preços muito superiores ao mercado e com indicação de tipos de OPME sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária e sem a devida comprovação técnica de sua segurança e eficiência. Noticiou-se, também, que tais irregularidades poderiam estar ocorrendo de forma generalizada no País, alcançando tanto o SUS quanto a rede de saúde suplementar.

183. Nesse sentido, seguem algumas fontes de notícia sobre o tema: <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2015/01/mafia-das-proteses-coloca-vidas-em-risco-com-cirurgias-desnecessarias.html>; <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2016/03/tribunal-de-contas-descobre-prejuizo-de-r-70-milhoes-com-proteses-no-df.html>; <http://g1.globo.com/fantastico/noticia/2016/01/vitimas-da-mafia-das-proteses-sofrem-com-lesoes-irreversiveis.html>.

184. Em decorrência dos achados de auditoria apontados no relatório, o TCU, mediante o item 9.1 do supracitado Acórdão 435/2016-TCU, determinou ao Ministério da Saúde e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária a formulação e a apresentação ao Tribunal um plano de ação com vistas a sanear/minimizar os problemas identificados nos processos de controle relativos à aquisição e ao uso de dispositivos médicos implantáveis (DMI).

185. A determinação pretendeu atacar os problemas relativos à ausência de padronização de nomenclaturas; à inexistência de referencial de preços que possa servir para as aquisições públicas; à deficiência no monitoramento da evolução dos preços, bem como na divulgação das informações econômicas prestadas no ato de registro desses dispositivos; e à insuficiência de orientações sobre a indicação de utilização desses materiais, por meio de Protocolos de Uso e Normas de Autorização, especialmente daqueles que são considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde.

186. O Relatório Final do Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI), instituído pela Portaria Interministerial 38, de 8 de janeiro de 2015, assinada pelo Ministro de Estado da Saúde, Ministro de Estado da Fazenda e Ministro de Estado da Justiça, dentre outros pontos abordados, também realizou propostas de regulação econômica (que possui relação direta com a questão da padronização) e sanitária para reestruturação do setor e para incorporação, protocolização e regulação do uso de DMI.

187. Cabe ressaltar que o problema da falta de regulação econômica e da falta de protocolos para utilização também vêm afetando sobremaneira o setor de saúde suplementar, aumentando os custos das operadoras de planos de saúde, que podem estar sendo repassados aos seus usuários, conforme se verifica no conteúdo da Nota nº 01/2015/GERAR/DIDES, da Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS- (peça 82; Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/agenda_regulatoria/nota_tecnica_O_PME_2.6.pdf).

188. Encontra-se em tramitação, no Senado Federal, o Projeto de Lei nº 17/2015, que tem o objetivo de definir normas de regulação para o mercado de OPMEs, contendo previsão de que regulamento deverá definir uma lista com os produtos que se enquadram como órteses, próteses e materiais especiais, a qual deverá fornecer padronização da nomenclatura e das características para esses dispositivos.

189. Também no Senado, tramita o Projeto de Lei nº 93/2013, da Câmara dos Deputados, o qual objetiva tornar obrigatória a emissão de documentos relativos às OPMEs, pelos fabricantes ou importadores, contendo as especificações técnicas do produto, números de série e do lote, bem como o nome do fabricante, sendo que esses documentos devem ser fornecidos ao usuário pelos serviços de saúde, acompanhados do laudo do procedimento realizado, com o nome do paciente, número de seu prontuário, data da cirurgia, nome e

assinatura do cirurgião responsável. Determina-se, ainda, que os serviços de saúde mantenham cópia dos mencionados documentos. Outrossim, em conjunto com o citado PL nº 17/2015, tramita o Projeto de Lei nº 14/2012 do Senado Federal, que condiciona o registro de OPMEs à instituição de mecanismos de rastreabilidade.

190. Tenha-se que, com uma possível exigência legal no sentido acima abordado, criar-se-ia o conjunto de significativos meios necessários à rastreabilidade, compostos pelas informações dos itens e dos seus usuários, bem como pela implementação de mecanismos capazes de executá-la, representando um importante avanço quanto à prevenção e detecção de fraudes relacionados às OPMEs.

191. Dada a verificação de baixa capacidade generalizada quanto à prática MAC9, os resultados do presente levantamento apontam urgência quanto à adoção de medidas estruturantes de nível nacional, a partir das competências conferidas pela Lei 8.080/90 e Lei 9.782/1999 ao Ministério da Saúde e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ou mediante edição de lei de abrangência nacional que trate do tema.

2.1.1.3 Assistência farmacêutica (AF)

192. 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.’

193. A literatura especializada indica a existência de uma crescente demanda por medicamentos, contudo, sem existir tendências que apontem para alterações nesta área, o que preocupa na medida em que a disponibilização destes insumos envolve um aporte elevado de recursos financeiros, podendo a ausência de um gerenciamento efetivo acarretar grandes desperdícios (MSH, 1997 apud MENDES, 2011). Assim, é imprescindível que a assistência farmacêutica seja objeto de uma gestão adequada, alcançando-se bons resultados a partir do uso eficiente dos recursos disponíveis.

194. Uma boa gestão da assistência farmacêutica é fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes, abrangendo ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados, sendo esta de caráter permanente, pois incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (MARIN et al, 2003 apud MENDES, 2011).

195. Nesse sentido, as seguintes práticas foram objeto de autoavaliação no que tange à Assistência Farmacêutica (AF):

- 195.1. AF1 - Organizar a assistência farmacêutica;
- 195.2. AF2 - Selecionar medicamentos;
- 195.3. AF3 - Programar aquisição de medicamentos;
- 195.4. AF4 - Adquirir medicamentos;
- 195.5. AF5 - Armazenar e distribuir medicamentos;
- 195.6. AF6 - Dispensar medicamentos; e
- 195.7. AF8 - Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

196. A seguir, na Figura 4, apresentam-se os resultados consolidados provenientes das respostas relacionadas ao componente AF, bem como as considerações definidas como relevantes acerca desses resultados.

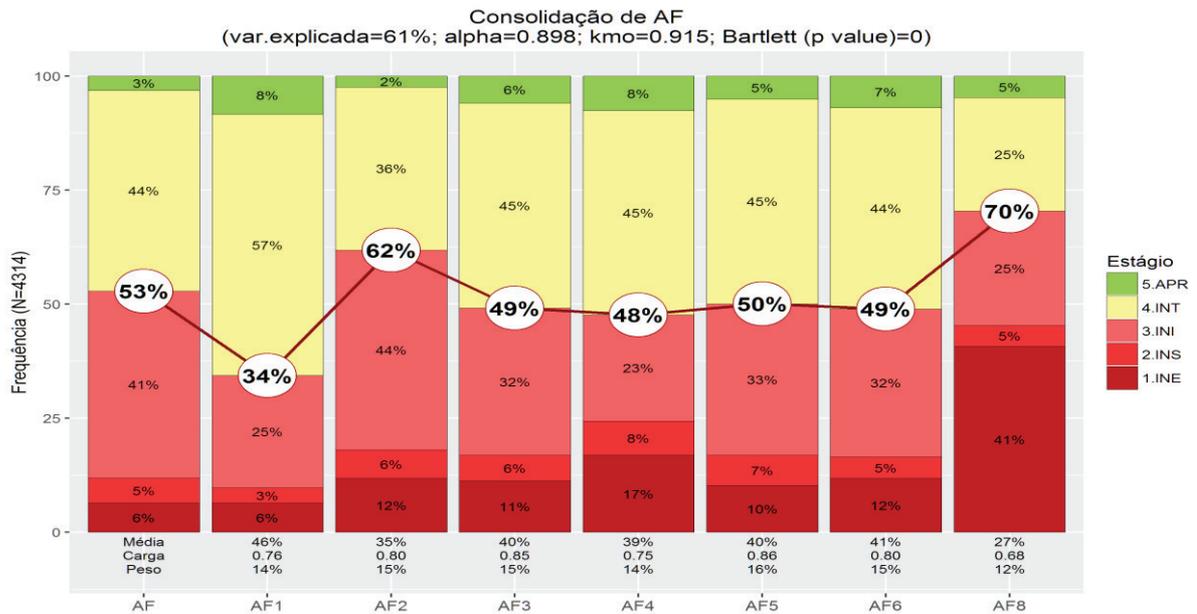


Figura 4 - Distribuição de frequência das práticas do componente AF nas SMSs por estágio de capacidade

197. A partir do gráfico apresentado, em relação ao componente AF, verifica-se que 53% das SMSs se encontram em um estágio considerado inicial, 44% no estágio intermediário, e 3% encontram-se no estágio aprimorado.

198. Como se observou, mais da metade dos municípios se encontra no estágio inicial quanto a este componente, percebendo-se que há uma grande uniformidade percentual no que toca às etapas (práticas) que vão desde a programação da aquisição de medicamentos até a sua armazenagem e distribuição (AF3, AF4 e AF5). Os altos percentuais de municípios em nível inicial obtidos nessas práticas podem estar relacionados ao modelo de gestão da assistência farmacêutica do município. A formação de consórcios públicos, para esse fim, é uma importante alternativa para o aumento de eficiência dos processos.

199. Uma cooperação nesse sentido tem alto potencial para trazer consideráveis ganhos relacionados, principalmente, à maior especialização na consecução dessas etapas, o que poderá proporcionar maior eficiência, de forma equalizada, em relação a um determinado território (regional ou estadual), permitindo redução de custos aos participantes, bem como que os municípios de menor porte populacional possam usufruir do poder de compra e da infraestrutura administrativa desses consórcios. Nesse sentido, observe-se que 70% dos municípios brasileiros possuem até 20 mil habitantes, sendo estes, em regra, os mais desfavorecidos em termos de domínio técnico e de poder econômico.

200. Assim, a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), em seu art. 10, 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 (Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS), orienta o planejamento, programação e processo conjunto de aquisição de insumos, indicando sua viabilização por intermédio de consórcio público de saúde, que se mostra como uma opção de apoio e fortalecimento da cooperação intergovernamental, visando ao desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesses comuns, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

201. Por isso que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Portaria GM/MS 3.916/1998), em seu item 5.2, *c*, atribuiu 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).

202. 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. As aquisições realizadas mediante consórcio foram comparadas àquelas feitas pelo município e aos valores do Banco de Preço em Saúde do Ministério das Saúde (BPS/MS). Apontou-se uma redução de 33% no custo total, quando comparada a aquisição pelo consórcio (2009) com a aquisição municipal (2007), e de 18% quando comparada aos valores médios do BPS/MS de 2009. Quanto ao desabastecimento, constatou-se uma redução aproximada de 12% de 2008 para 2007, e de 48% de 2009 para 2007 no número de itens que apresentaram falta em pelo menos um dia (Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/33018/35667>).

203. Ademais, cite-se o caso do Estado do Paraná (Consórcio Paraná Saúde), que, conforme a UnA-SUS (Gestão da Assistência Farmacêutica, Volume IV, disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica/>):

(...) já conta com experiência e reconhecimento regional na aquisição de medicamentos. Até o final de 2000, abarcava 88,2% dos municípios e 55,6% da população paranaense, especialmente de municípios de até 20.000 habitantes, além de demonstrar resultados bastante animadores nos valores comparados com o Banco de Preços em Saúde do Ministério da Saúde (FERRAES; CORDONI JUNIOR, 2007).

204. A experiência do Paraná também foi positivamente mencionada em artigo publicado pelo Conass (PONTAROLLI; MORETONI; ROSSIGNOLI, 2015), como segue:

O Consórcio adquire os medicamentos e insumos selecionados no Elenco de Referência Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. A seleção desse elenco é conduzida de forma compartilhada e ascendente, de modo que todos os municípios do estado participem efetivamente do processo.

Dessa forma, a aquisição centralizada gera ganho de escala e economia, possibilitando a ampliação da oferta de medicamentos e insumos do CBAF à população. Essa estratégia, portanto, contribui para a melhoria do acesso aos medicamentos e na promoção do seu uso racional. (LAMB, L. *et al.*, 2014).

205. A composição de consórcio público para aquisição de medicamentos também já foi tratada por esta Corte, no âmbito do Relatório do Acórdão 1.459/2011-TCU-Plenário-, que dispõe:

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. (...) (grifou-se)

206. Segundo o Observatório dos Consórcios Públicos e do Federalismo, atualmente, no Brasil, existem 226 consórcios públicos na área da saúde (Disponível em: <http://www.ocpf.org.br/>). Contudo, em decorrência da inexistência de informações mais detalhadas, não se pôde apurar quantos/quais desses consórcios têm como objeto gerir a assistência farmacêutica dos entes participantes.

207. Assim, diante da importância do assunto, **propõe-se recomendar ao Ministério da Saúde que realize levantamento sobre a situação atual dos consórcios públicos em 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 consórcio, conforme preconizado no item 5.2, c, da Portaria GM/MS 3.916/1998** (ver seção 5- Proposta de Encaminhamento).

2.1.1.4 Vigilância em saúde (VS)

208. A Portaria GM/MS 1.378/2013 define Vigilância em Saúde como:

(...) um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

209. A norma supracitada estabelece que as ações de Vigilância em Saúde são coordenadas com as demais ações e serviços desenvolvidos e ofertados no Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir a integralidade da atenção à saúde da população, envolvendo práticas e processos de trabalho voltados para:

209.1. a vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

209.2. a detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública; a vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e violências;

209.3. a vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde;

209.4. a vigilância da saúde do trabalhador;

209.5. a vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse a saúde; e

209.6. outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde públicos e privados nos vários níveis de atenção, laboratórios, ambientes de estudo, trabalho e na própria comunidade.

210. Assim, as práticas definidas para autoavaliação quanto à Vigilância em Saúde (VS) foram as seguintes:

210.1. VS1 - Organizar a Vigilância em Saúde;

210.2. VS2 - Realizar Vigilância da Situação Geral de Saúde da População;

210.3. VS3 - Realizar Vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis;

210.4. VS4 - Realizar Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis, de Acidentes e de Violências; e

210.5. VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

211. A

Figura 5 apresenta os resultados provenientes das respostas relacionadas ao componente de Vigilância em Saúde (VS), bem como as oportunas consideração acerca desses resultados.

[Figura 11 à peça 89, p. 52]

Figura 5 - Distribuição de frequência das práticas do componente VS nas SMSs por estágio de capacidade

212. Das informações gráficas apresentadas, em relação ao componente VS, constata-se que 37% das SMSs se encontram em um estágio considerado inicial, 57% no estágio intermediário, e 6% encontram-se no estágio aprimorado.

213. No que toca à prática VS3 - Realizar Vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis –, 37% das SMSs se encontram em estágio inicial. Ações de vigilância nesse sentido são cruciais para o monitoramento e conseqüente contenção do avanço de doenças como as sexualmente transmissíveis e aquelas em que o mosquito *Aedes Aegypti* atua como vetor, como a dengue, a febre chikungunya e a febre causada pelo vírus Zika (atualmente apontada pela comunidade científica como causa para a microcefalia).

214. Quanto a estas últimas, de acordo com os boletins epidemiológicos publicados pelo Ministério Saúde (Disponíveis em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-zika>), em 2015, foram registrados 1.649.008 casos prováveis de dengue no País – casos notificados, incluindo todas as classificações, exceto descartados.

215. No mesmo ano, foram notificados no País 38.332 casos prováveis de febre de chikungunya (taxa de incidência de 18,7 casos/100 mil hab.), distribuídos em 696 municípios, dos quais 13.236 foram confirmados, com a confirmação de 6 óbitos: Bahia (3), Sergipe (1), São Paulo (1) e Pernambuco (1).

216. Quanto à febre causada pelo vírus Zika, em 2016, até a semana epidemiológica 23, foram registrados 165.932 casos prováveis no país (taxa de incidência de 81,2 casos/100 mil hab.), distribuídos em 1.850 municípios, dos quais 66.180 foram confirmados. Em relação às gestantes, foram notificados 13.973 casos prováveis, sendo 5.925 confirmados por critério clínico-epidemiológico ou laboratorial.
217. Há possibilidade de que os números apresentados sejam ainda maiores, visto o risco de haver deficiências quanto ao registro adequado de ocorrências em muitos municípios.
218. A prática VS3 possui nexos com a meta 3.3, do 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.'
219. Assim, também, chama-se atenção para o risco de que a manutenção da mencionada prática no percentual de estágio de capacidade inicial apresentado pode representar um ambiente de controle que vai de encontro com o ambiente de controle ideal para o atingimento da referida meta.
220. No que tange à prática VS4 - Realizar Vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis, de Acidentes e de Violências -, 66% das SMSs estão no estágio inicial, número que se mostrou demasiadamente alto.
221. Especificamente em relação às doenças crônicas não transmissíveis, de acordo com o Ministério da Saúde, assim como no mundo, o Brasil também as tem como o seu mais preocupante problema de saúde, sendo responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, sendo que, de forma mais acentuada, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis- DCNT- 2011-2022).
222. Para que as ações que visem ao controle de doenças crônicas não transmissíveis possam demonstrar efetividade, é preciso que essas intervenções, mediante informações epidemiológicas confiáveis disponíveis, sejam orientadas por diretrizes capazes de representar, com fidedignidade, as necessidades de saúde. Tais diretrizes devem sempre 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 o tabaco, a bebida alcoólica, a falta de atividade física e a obesidade.
223. No entanto, observou-se que as SMSs realizam essas atividades (formulação de diretrizes; utilização de informações epidemiológicas para traçar diretrizes; e articulação com atores capazes de influenciar quanto aos fatores de risco) em um relevante nível de incipiência.
224. Por fim, observe-se que a prática VS4 é 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.
225. Os resultados relativos à prática VS4 apontam para um ambiente de controle relativamente desfavorável ao atingimento das metas mencionadas.

2.1.2 Gestão Administrativa nas SMSs

226. Quanto ao mecanismo de Gestão Administrativa, foram definidos os seguintes componentes: Planos (PI); Processos de apoio – Aquisições (PrAq); Processos de apoio - Acordos com terceiros para

prestação de serviços de saúde, com ou sem contratualização (PrCtt); Processos de apoio – Orçamento e finanças (PrOF); Pessoas (PE); e Informação e conhecimento (IC). Dada a pequena quantidade de práticas definidas, por componente deste mecanismo, para o questionário simplificado, opta-se por apresentar os resultados sem separá-lo por componente.

227. Assim, as seguintes práticas foram selecionadas para comporem o questionário modelo simplificado quanto ao mecanismo de Gestão Administrativa:

227.1. P11 - Elaborar Plano de Saúde;

227.2. P12 - Elaborar programação anual de saúde;

227.3. P13 - Estabelecer planos operativos;

227.4. PrAq3 - Implantar controles para cada uma das aquisições (de todos os objetos, menos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde);

227.5. PrCtt3 - Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde;

227.6. PrOF3 - Monitorar e avaliar o fundo de saúde;

227.7. PE1-Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde;

227.8. PE3 - Dispor de força de trabalho suficiente;

227.9. PE6 - Promover a aprendizagem contínua; e

227.10. IC1 - Utilizar sistemas de informação.

228. Os resultados seguem dispostos na

Figura 6:

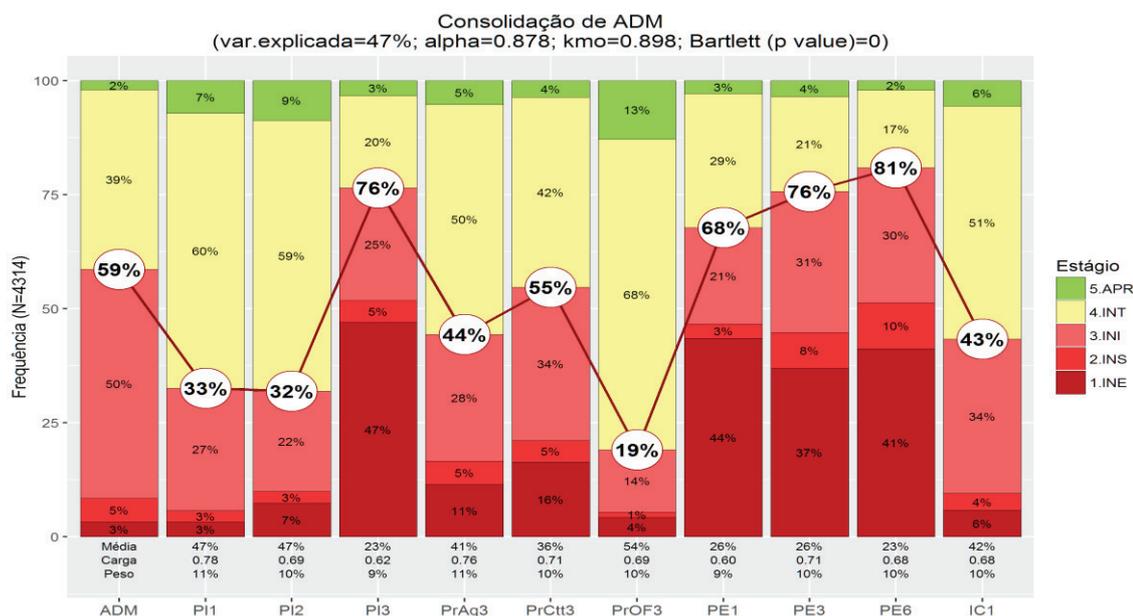


Figura 6 - Distribuição de frequência das práticas do mecanismo Gestão Administrativa nas SMSs por estágio de capacidade

229. Verifica-se que 59% das SMSs se encontram em estágio inicial quanto ao mecanismo de Gestão Administrativa; 39% em estágio intermediário; e 2% em estágio aprimorado.

230. No que toca à prática PrAq3, a baixa capacidade apresentada por 33% dos respondentes é justificada pela incipiência quanto ao estabelecimento de controles que visem: a iniciar toda contratação com um documento preenchido, pela secretaria de saúde, que informa a necessidade de saúde que será atendida com

a contratação; ao estabelecimento, nos ajustes, de critérios de qualidade para cada uma das aquisições; à avaliação, com base nos critérios de qualidade estabelecidos, para cada uma das aquisições quando da entrega dos bens e serviços; à utilização dos resultados da avaliação de cada uma das aquisições, com base nos critérios de qualidade definidos, para o pagamento do contrato; ao estabelecimento, nos instrumentos convocatórios, de critérios para aceitação do preço em cada uma das aquisições; e à utilização de Dados do Banco de Preços em Saúde nos processos de aquisição.

231. Essa baixa capacidade verificada apresenta graves riscos, dos quais se destacam: aquisições realizadas sem correspondência com a necessidade real, podendo-se adquirir bens ou serviços dispensáveis; aquisições de qualidade inferior à desejada; e aquisições com preços significativamente superiores aos praticados no mercado.

232. Tal resultado aponta para possíveis deficiências na formalização de processos de trabalho referentes às aquisições das SMSs. Nesse sentido, referindo-se à gestão das aquisições da Administração Pública Federal, o Acórdão 2.622/2015-TCU-Plenário trouxe a ilustração de como desenvolver um metaprocessos para aquisições públicas, conforme Figura 7 abaixo:

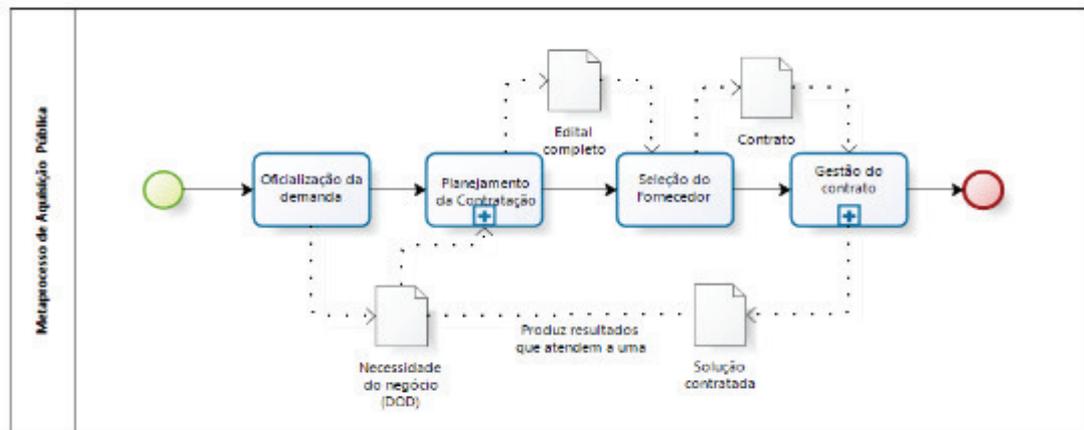


Figura 7 - Metaprocessos para aquisições públicas (fonte: Acórdão 2.622/2015-TCU-Plenário)

233. Conforme se verifica, o metaprocessos ilustrado acima pode ser visto como tendo três fases (Figura 7):

233.1. Planejamento da contratação, que recebe como insumo uma necessidade de negócio, e gera como saída um edital completo, incluindo o Termo de Referência (TR) ou Projeto Básico (PB) para a contratação;

233.2. Seleção do fornecedor, que recebe como insumo o edital completo, e gera como saída o contrato; e

233.3. Gestão do contrato, que recebe como insumo o contrato, e gera como saída uma solução, que produz resultados, os quais atendem à necessidade que desencadeou a contratação.

234. O detalhamento acerca de cada fase supramencionada pode ser visualizado no 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>.

235. Dessa forma, no intuito de que os riscos já mencionados sejam mitigados, mostra-se pertinente que a formalização dos controles nos moldes do supracitado RCA seja amplamente fomentada pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais de saúde aos municípios.

236. Quanto à prática PrCtt3, a fraca capacidade demonstrada por 55% dos respondentes se justifica pela incipiência quanto ao estabelecimento de controles que visem: à disponibilidade de estudos apontando a necessidade de firmar acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde; à disponibilidade de estudos apontando qual a modalidade mais vantajosa de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde; à efetiva assinatura de termo contratual para cada um dos acordos; às descrições qualitativa e quantitativa dos

serviços de saúde a serem prestados, como partes integrantes de cada um dos acordos firmados; ao estabelecimento, nos termos contratuais, de indicadores (de qualidade, produtividade, prazos etc.) para cada acordo firmado; à fixação dos preços relativos a cada um dos acordos na faixa dos preços praticados pelo mercado; e à mensuração de indicadores de cada acordo firmado, bem como a utilização dos resultados decorrentes da avaliação desses indicadores para tomada de decisão.

237. A baixa capacidade observada expõe as SMSs a diversos riscos relevantes, dos quais se destacam: contratações realizadas sem correspondência com a necessidade real das SMSs, ocasionando possíveis prestações de serviços dispensáveis; contratações de serviços de qualidade ruim ou inferior à desejada, ou, ainda, com produtividade aquém da esperada; inexistência de acordo formalizado e devidamente assinado, impossibilitando a responsabilização das partes nos casos de descumprimento parcial ou integral do acordo; contratação de serviços com preços significativamente superiores aos praticados no mercado; e impossibilidade ou imprecisão quanto à avaliação dos resultados decorrentes dos acordos, dificultando a tomada de decisão das SMSs.

238. 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). 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).

239. 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.

240. A mencionada norma define que podem realizar contratualização nos moldes nela definidos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS: públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS.

241. Em decorrência das previsões contidas na Portaria, o Ministério da Saúde concede incentivos financeiros aos entes que contratualizam conforme as suas regras, devendo a estes estabelecer metas quantitativas e qualitativas, bem como indicadores em suas avenças (art. 5º, Capítulo V- Da Contratualização- e Capítulo VI- Do Monitoramento e Avaliação). 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). 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).

242. Desta feita, atuação similar à descrita pela Portaria GM 3.410/13 (decorrente da PNHOSP) poderia ser aplicável a serviços de saúde como àqueles fornecidos por policlínicas, consultórios isolados e clínicas especializadas, e não apenas quanto 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).

243. Consigne-se 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://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/28/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATAcao-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>).

2.2 *Perfil de Gestão em Saúde nas Secretarias Estaduais (SESS)*

244. Assim como em nível municipal, os questionários de gestão, aplicados às SESS, foram separados nos mecanismos de Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa.

245. Levando-se em consideração a consolidação do conjunto de componentes relativos a esses dois mecanismos, obtém-se a seguinte situação quanto à capacidade em gestão nas SESs, representada na [Figura 14 à peça 89, p.58]

Figura 8:

[Figura 14 à peça 89, p.58]

Figura 8 - Distribuição de frequência da Gestão em Saúde nas SESs por estágio de capacidade

246. Dessa forma, observa-se que 52% das SESs brasileiras encontram-se no estágio inicial de gestão; 41% estão no estágio intermediário; e apenas 7% no estágio aprimorado.

247. A seguir, estão dispostos os dados obtidos quanto aos mecanismos de Gestão da Atenção à Saúde e Gestão Administrativa, contendo os correspondentes desdobramentos em componentes e práticas.

2.2.1 Gestão da Atenção à Saúde nas SESs

248. Consoante já delineado, o mecanismo de Gestão da Atenção à Saúde para as SESs foi segregado em quatro componentes, quais sejam, Média e/ou Alta Complexidades (MAC), Assistência Farmacêutica (AF), Vigilância em Saúde (VS) e Apoio aos Municípios (AM). Dessa forma, seguem os resultados acerca das capacidades de gestão relativas a cada um desses componentes.

2.2.1.1 Média e/ou Alta Complexidades (MAC)

249. As práticas avaliadas para o componente de gestão da média e/ou alta complexidades (MAC) nas SESs foram as mesmas definidas para as SMSs de municípios que possuem estrutura MAC, conforme se segue:

249.1. MAC1 - Organizar o atendimento de média e alta complexidades;

249.2. MAC2 - Estabelecer e manter a rede de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;

249.3. MAC3 - Estabelecer fluxos de referência (de sua própria AB);

249.4. MAC4 - Estabelecer complexo regulador;

249.5. MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação;

249.6. MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades;

249.7. MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade;

249.8. MAC8 - Realizar contrarreferência;

249.9. MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs; e

249.10. MAC10 - Monitorar a gestão do atendimento de média e/ou alta complexidades (automonitoramento).

250. Assim, a

Figura 9 apresenta as informações acerca dos resultados consolidados sobre o componente MAC:

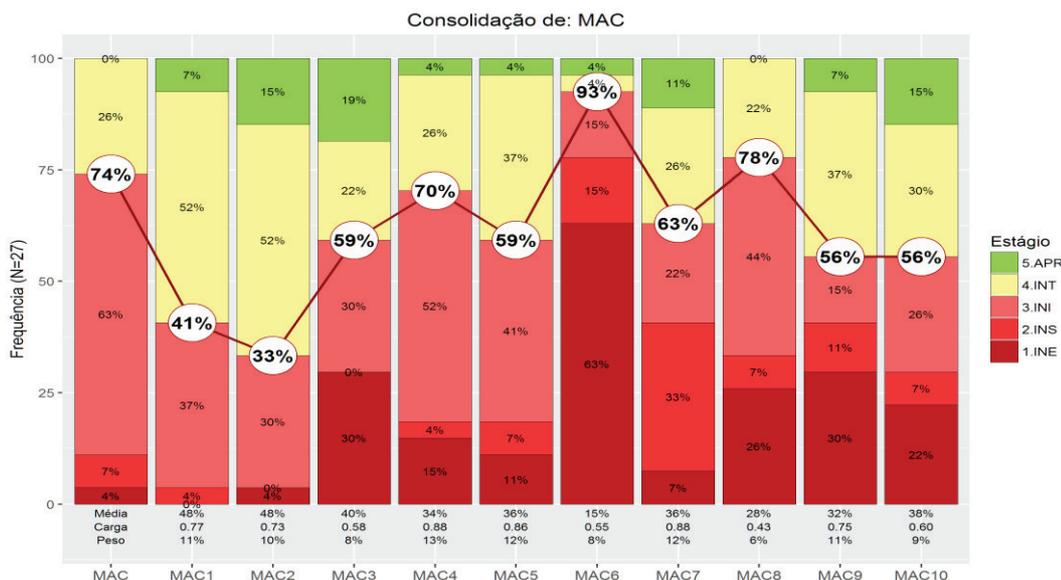


Figura 9 - Distribuição de frequência das práticas do componente MAC nas SESs por estágio de capacidade

251. Dessa forma, 74% das SESs se mostram em um estágio inicial em gestão quanto ao componente MAC; 26% em estágio intermediário; e nenhuma secretaria em estágio aprimorado. Verifica-se um percentual que provoca considerável preocupação, visto o alto risco de comprometimento da integralidade do cuidado à saúde em níveis semelhantes.

252. Frise-se que esses percentuais são ainda menos positivos do que os apresentados pelas SMSs quanto ao mesmo componente (69% em estágio inicial; 28% no intermediário; e 3% no aprimorado).

253. Assim como em nível municipal, a regulação assistencial nos estados também se apresentou em um patamar baixo. Nesse sentido, quanto à prática MAC4 - Estabelecer complexo regulador -, obteve-se que 70% das SESs encontram-se em estágio inicial, sendo que em 15% delas, a prática é considerada inexistente. Com relação à prática MAC5 - Realizar a regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação -, 59% das SESs encontram-se em estágio inicial, com 11% delas em um nível de inexistência da prática. Os percentuais de SESs em nível de capacidade inicial relativos a essas práticas são próximos aos verificados em relação aos municípios (69% e 57%, respectivamente), valendo-se as mesmas considerações realizadas para estes (ver itens 0-0)

254. De forma complementar, constatou-se, em relação à prática MAC6 - Monitorar e gerir as filas para atendimento em média e/ou alta complexidades -, que 93% das SESs encontram-se em estágio inicial, sendo que em 63% a prática é considerada inexistente.

255. Nessa linha, a revista “desafios do desenvolvimento”, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA- (edição 21, de 4/4/2006), menciona que, na Europa e nos Estados Unidos, trabalhos que investigam as filas nos sistemas de saúde são comuns, enquanto no Brasil pesquisas como essas são raras (Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=991:reportagens-materias&Itemid=39). De acordo com os resultados obtidos no presente levantamento, tal fato pode se dar em decorrência da falta de disponibilidade de dados que constituiriam o principal insumo para trabalhos nesse sentido.

256. A gestão das filas para atendimento especializado tem relevância, principalmente, na medida em que as necessidades de saúde levantadas a partir de tal controle são cruciais para a estruturação dos serviços a serem ofertados. Observando-se os resultados, é possível que a ausência de controles dessa natureza seja consequência justamente do contrário, ou seja, de que o SUS esteja sendo organizado de acordo com a oferta de serviços, o que desrespeita diretamente os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, uma vez

que, nessa lógica, são altos os riscos de que um alto número de demandas esteja sendo desconsiderado no planejamento.

257. No que respeita à prática MAC7 - Executar as ações de média e/ou alta complexidades de sua responsabilidade-, obteve-se que 63% das SESs encontram-se em estágio inicial. O detalhamento desta prática em itens de controle mostra que esse percentual elevado é muito influenciado pelo resultado verificado quanto ao item de controle que aponta incipiência na avaliação da satisfação dos usuários em relação aos serviços dos níveis secundário e terciário (item de controle MAC7.2), que indicou que 78% das SESs estão em um baixo nível quanto a esse tipo de avaliação, sendo que em 56% o controle é inexistente (ver peça 84). Neste trabalho, assim como realizado na prática AB7, considerou-se que a avaliação da satisfação dos usuários é um controle integrante da execução desses serviços, porquanto estes devem ter sempre como foco atender, com adequado nível de desempenho, os anseios de sua clientela: os cidadãos usuários do Sistema.

258. No que toca à prática MAC8 - Realizar contrarreferência -, 78% das SESs mostram-se em estágio inicial, em que 26% a prática é inexistente. Esse é um percentual próximo ao verificado em relação aos municípios, em que se obteve 71% em nível inicial (em 24% há inexistência). A realização da contrarreferência de pacientes é sobremaneira importante porque promove a continuidade do tratamento ou prevenção, na atenção básica, dos problemas de saúde dos pacientes atendidos nos serviços de atenção especializada, exercendo importante papel no ciclo de cuidado das redes de atenção à saúde (RASs).

259. Dessa forma, com a realização dessa prática, é potencial o alcance de melhor resolutividade dos problemas de saúde da população e, conseqüentemente, a redução de custos para o Sistema, uma vez que poder-se-ia reduzir a procura dos serviços de média e alta complexidades, que são níveis de atenção altamente onerosos para o SUS (pacientes que não têm seus problemas de saúde acompanhados no nível básico de atenção podem sofrer agravos e acabar retornando aos níveis de maiores complexidades). Assim, com a simples e rotineira prática da contrarreferência, poder-se-ia mitigar dois grandes riscos para o SUS: a) o de não se alcançar níveis satisfatórios de resolutividade dos problemas de saúde da população brasileira; e b) o do gradual aumento de custos, de modo que possa afetar a sua sustentabilidade.

260. Por fim, relativamente à prática MAC9 - Implantar controles na gestão da utilização de OPMEs -, o percentual de SESs em estágio de capacidade inicial é sensivelmente menor se comparado com o percentual das SMSs na mesma situação (estágio inicial: 56% das SESs; 88% das SMSs). No entanto, frise-se que o número ainda é considerado alto, demandando medidas no mesmo sentido das expostas nos itens 0-0 (atuação do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e/ou das casas do Congresso Nacional, no sentido normatização desses controles em nível nacional).

2.2.1.2 Assistência Farmacêutica (AF)

261. Para o componente de Assistência Farmacêutica nas SESs, foram avaliadas as mesmas práticas delineadas para as SMSs que responderam ao questionário completo (correspondendo às mesmas práticas do modelo simplificado para SMSs, com adição da prática AF7 – Segregar funções críticas), conforme segue:

261.1. AF1 - Organizar a assistência farmacêutica;

261.2. AF2 - Selecionar medicamentos;

261.3. AF3 - Programar aquisição de medicamentos;

261.4. AF4 - Adquirir medicamentos;

261.5. AF5 - Armazenar e distribuir medicamentos;

261.6. AF6 - Dispensar medicamentos;

261.7. AF7 – Segregar funções críticas; e

261.8. AF8 - Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento).

262. Os resultados decorrentes das respostas quanto à gestão da AF seguem conforme Figura 10 abaixo disposta:

[Figura 16 à peça 89, p. 61]

Figura 10 - Distribuição de frequência das práticas do componente AF nas SESs por estágio de capacidade

263. Assim, verificou-se que 26% das SESs estão em um estágio inicial quanto à gestão da AF (o que, em números absolutos, correspondem sete unidades federativas); 67% no intermediário; e apenas 7% no estágio aprimorado.

264. Quanto à prática AF6 - Dispensar medicamentos -, 56% das SESs demonstram estar em estágio inicial. A dispensação é o ato do profissional farmacêutico 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.

265. De acordo com as respostas ao modelo de autoavaliação, o alto percentual de secretarias em baixo nível de capacidade nesta prática se justifica pelas inadequações relacionadas à quantidade de profissionais habilitados (farmacêuticos) para a sua execução; à disponibilidade de procedimentos a serem seguidos para dispensação aos profissionais responsáveis; e à disponibilidade de informações que permitam rastrear a dispensação de medicamentos.

266. Observe-se que a garantia da execução da dispensação por profissional farmacêutico, com base em procedimentos previamente definidos constituem importantes controles que reforçam a segurança quanto ao uso dos medicamentos pelos usuários. Por sua vez, o controle de informações relacionadas à rastreabilidade permitem, por exemplo, alertar os usuários quanto a problemas verificados em um determinado lote de medicamentos, bem como o exercício do controle relacionado à prevenção e detecção de erros ou fraudes, podendo-se citar, quanto a neste último caso, as situações de dispensações em multiplicidade, em que um mesmo usuário retira determinado medicamento várias vezes, com base em receitas médicas obtidas em uma ou várias unidades de saúde, em um período de tempo relativamente curto.

267. Nessa linha, a deficiência quanto à adoção dos mencionados controles afetos à dispensação demonstra a existência de riscos potenciais de comprometimento do correto uso dos medicamentos pelos usuários do SUS, bem como de se aumentarem os custos de forma material para o Sistema.

268. Com relação à prática AF7 – Segregar funções críticas -, 81% das SESs estão em um estágio inicial, sendo que em 56% o controle é considerado inexistente e nenhuma se encontra no estágio aprimorado. A prática avaliou se há descrição e efetiva segregação das funções consideradas críticas na gestão de medicamentos.

269. Nesse sentido, consideram-se críticas aquelas funções que, devido à sua natureza de tratamento de questões materiais e relevantes, possuem alto risco inerente. Segregar essas funções possui vultosa significância porquanto, a partir de tal medida, mitigam-se os riscos relacionados a erros e aqueles relativos a possíveis conflitos de interesses, de onde se originam as fraudes.

270. 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, de forma a se possibilitar a identificação de procedimentos dotados de falhas, bem como a detecção de indícios de atos fraudulentos.

271. 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.

272. Perceba-se que a segregação de funções pode agregar melhorias imediatas ao processo, uma vez que reforça o ambiente de controle, formando importante base para o exercício do controle interno da organização.

273. No entanto, pode ocorrer que, em casos pontuais, a segregação de funções seja impraticável, devendo a administração selecionar e desenvolver atividades alternativas de controle (*Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission - Internal Control-Integrated Framework, 2013*).

2.2.1.3 Vigilância em Saúde (VS)

274. Para o componente de Vigilância em Saúde (VS) nas SESs, também foram avaliadas as mesmas práticas fixadas para as SMSs que responderam ao questionário completo (correspondendo às mesmas práticas do modelo simplificado para SMSs, com acréscimo das práticas VS5, VS6, VS7 e VS8), consoante a lista disposta abaixo:

274.1. VS1 - Organizar a Vigilância em Saúde;

274.2. VS2 - Realizar vigilância da Situação Geral de Saúde da População;

274.3. VS3 - Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis;

274.4. VS4 - Realizar vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis, de Acidentes e de Violências;

274.5. VS5 – Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde;

274.6. VS6 – Realizar vigilância da saúde do trabalhador;

274.7. VS7 – Realizar vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse da saúde;

274.8. VS8 - Estabelecer e executar planos de resposta às emergências de saúde pública; e

274.9. VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento).

275. Desta feita, seguem os resultados obtidos para o componente VS nas SESs (Figura 11):

[Figura 17 à peça 89, p. 63]

Figura 11 - Distribuição de frequência das práticas do componente VS nas SESs por estágio de capacidade

276. Consoante se observa, quanto ao componente de gestão VS, 22% das SESs revelam-se estar em estágio inicial; 70% em estágio intermediário; e 7% em um estágio aprimorado.

277. Cabem, para as SESs, as considerações correspondentes às práticas VS3 e VS4 realizadas quando da exposição dos resultados relativos às SMSs (ver itens 0-0).

278. A vigilância em saúde ambiental (VS5) centra-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.

279. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as ações de vigilância em saúde ambiental são necessárias devido aos evidentes sinais de deterioração do ambiente em escala planetária, acrescentando-se que (Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&id=1228&layout=blog&Itemid=768):

‘A degradação progressiva dos ecossistemas, a contaminação crescente da atmosfera, solo e água, bem como o aquecimento global são exemplos dos impactos das atividades humanas sobre o ambiente. Esses problemas são exacerbados em situações locais em que se acumulam fontes de riscos advindas de processos produtivos passados ou presentes, como a disposição inadequada de resíduos industriais, a contaminação de mananciais de água e as péssimas condições de trabalho e moradia.’

280. Nesse sentido, a prática VS5 avaliou o nível estabelecido nas SESs 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. Constatou-se que 56% das SESs se encontram em um estágio de baixa adequação quanto a esta prática (estágio inicial), dos quais, em 7%, a prática é considerada inexistente.

281. Observe-se que uma execução incipiente das atividades inerentes à vigilância ambiental em saúde oferece riscos de exposição da população dos estados a variadas doenças e agravos, dos quais se destacam aqueles decorrentes da contaminação pela má qualidade da água e do solo, bem como os problemas respiratórios ocasionados pela poluição do ar. Por outro lado, ações nesse sentido têm grande potencial de reduzir, de forma significativa, os custos do Sistema, visto que oferece melhorias em relação à situação de saúde da população, principalmente, em decorrência de que, devido ao monitoramento e às ações no sentido de enfrentar os fatores de risco identificados, menos pessoas adoecem ou adoecem menos.

282. Frise-se que a prática VS5 possui relação direta com as metas 3.9, 6.1, 6.2, 6.3, 6.6, 6.a e 6.b, dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nº 3 e nº 6 (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.

283. A situação de incipiência da prática VS5 tem potencial de impactar negativamente no atingimento das metas supracitadas.

284. Por fim, importante mencionar que, dados os grandes riscos endêmicos e epidêmicos oferecidos em relação a todo o componente VS, esta é uma área que apresenta carcer de importante atenção, não só das secretarias estaduais, mas também das secretarias municipais de saúde brasileiras.

2.2.1.4 Apoio aos Municípios (AM)

285. A Lei 8.080/90 (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.

286. Quanto ao apoio financeiro, o rateio dos recursos dos estados a serem transferidos aos seus municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal (art. 19, da LC 141/2012).

287. No que tange ao apoio técnico, sua deficiência pode refletir na baixa capacidade para planejar e executar ações de saúde por parte dos municípios. Para minimizar esses problemas, torna-se necessário a existência de uma efetiva atuação do estado com a finalidade de prestar suporte suficiente de tal modo que seus municípios consigam melhor desempenhar as atribuições a eles conferidas pelas normas relativas ao SUS. Tal apoio técnico pode representar ganhos relevantes, na forma de economias, para o Sistema, uma vez que se justifica pelo alcance da eficiência dos serviços públicos de saúde no âmbito das municipalidades, objetivando o uso racional dos recursos.

288. Foram definidas seis práticas relacionadas ao componente AM, as quais seguem dispostas abaixo:

- 288.1. AM1- Organizar o apoio aos municípios;
 - 288.2. AM2 - Apoiar na execução das atividades atípicas;
 - 288.3. AM3 - Apoiar o planejamento;
 - 288.4. AM4 - Prover capacitação;
 - 288.5. AM5 - Complementar recursos financeiros; e
 - 288.6. AM6 - Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio).
289. Dessa forma, obtiveram-se os seguintes resultados, consolidados na Figura 12, relacionados ao componente AM:

[Figura 18 à peça 89, p. 66]

Figura 12 - Distribuição de frequência das práticas do componente AM nas SESs por estágio de capacidade

290. Assim, apurou-se que 63% das SESs estão no estágio inicial quanto ao componente AM; 30% no estágio intermediário; e 7% no estágio considerado aprimorado.
291. A prática AM3 - Apoiar o planejamento - mensurou se: procedimentos referenciais para elaboração dos instrumentos de planejamento dos municípios estão disponíveis; informações para apoio ao planejamento local estão disponíveis; ações de consultoria para elaboração dos instrumentos de planejamento são desenvolvidas; e avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de apoio ao planejamento estão disponíveis.
292. Os resultados, de certa forma, 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). A auditoria constatou baixa articulação entre as secretarias municipais e estaduais de saúde para a elaboração dos respectivos planos de saúde. Assim, com base em questionários aplicados, naquela ocasião, verificou-se que apenas 21% dos gestores afirmaram que essa articulação é satisfatória, e somente 18% asseveraram que as secretarias estaduais apoiam as municipais no levantamento das necessidades de saúde da população ou na elaboração do planejamento dos municípios.
293. Assim como em qualquer outra organização, o planejamento deve ser 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, bem como com o adequado monitoramento de sua execução, 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. De forma inversa, quando não se realiza um planejamento tomando-se por base parâmetros adequados, aceita-se um risco excessivo em relação ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos, tendo-se por consequência, por exemplo, a baixa resolutividade de determinados problemas de saúde da população e desperdício de recursos aplicados.
294. Com relação à prática AM4 - Prover capacitação -, foi aferido se: necessidades de capacitação dos municípios estão descritas; ações de capacitação dos municípios são planejadas com base nas necessidades descritas; cronograma das ações de capacitação está divulgado; ações de capacitação em áreas técnicas são ofertadas; ações de capacitação em gestão são ofertadas; e se avaliações da satisfação dos municípios quanto às ações de capacitação ofertadas estão disponíveis. Em outros termos, constatou-se que o mencionado percentual de SESs apresentou levantamento de necessidades de capacitação incipiente; baixa capacidade na execução de ações de capacitação em áreas técnicas e em gestão; e baixo nível de aferição da satisfação das SMSs quanto às ações oferecidas.
295. 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 (arts. 32 e 33).

296. 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, tendo como prováveis consequências a ineficácia, a ineficiência e a inefetividade dos serviços públicos prestados.

297. As ações de capacitação devem possuir caráter permanente, abarcando tanto os conhecimentos necessários aos profissionais de saúde, para realizarem o manejo de técnicas relacionadas à atenção à saúde (fim), quanto aqueles em gestão, a serem destinados aos gestores dos serviços de saúde (meio). No que concerne à ausência ou baixa frequência de ações de capacitação relativa à atenção à saúde, tem-se como principal risco o de que usuários recebam tratamentos inadequados, tendo, como consequência, seus problemas de saúde agravados, acarretando maiores custos para o Sistema. No que toca à ausência ou baixa frequência de ações de capacitação em gestão, observam-se grandes riscos de desperdício de recursos públicos, por exemplo, em decorrência de superdimensionamento orçamentário; da ausência de controles quanto aos insumos da saúde adquiridos; e de aquisições antieconômicas, ocasionadas por insuficiência de conhecimentos que envolvem licitações.

298. Por fim, na perspectiva da gestão da qualidade, considerando as etapas que envolvem o ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), quando não se avalia o nível de satisfação das ações de capacitação oferecidas aos municípios, as SESs acabam por ceifar a oportunidade de ajustes a serem feitos em seus planejamentos, quanto às reais necessidades das SMSs, impedindo-se que haja a retroalimentação (*Act*- agir para ajustar o planejamento).

299. Desta feita, com relação à prática AM4, verifica-se que o levantamento de necessidade de capacitação junto às municipalidades se mostra como o problema mais grave (baixa capacidade de levantamento inicial e baixa capacidade de agir para retroalimentar o planejamento). Nesse sentido, verifica-se um grande risco de que uma considerável quantidade de ações de capacitação, atualmente em execução, esteja sendo realizada sem sustentação metodológica adequada.

300. A prática AM5 - Complementar recursos financeiros- mensurou se: a necessidade de complementação de recursos financeiros aos municípios está descrita; critérios para distribuir recursos financeiros, com vistas à diminuição das desigualdades regionais, estão estabelecidos; recursos financeiros para complementação estão disponíveis; recursos financeiros complementares são distribuídos seguindo critérios estabelecidos; e se recursos financeiros para complementação são divulgados aos municípios.

301. O art. 6º, da LC 141/2012, define que os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

302. Não existe uma definição na constituição federal ou em lei de alcance nacional (em sentido estrito) obrigando que um mínimo de recursos deve 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, podendo-se haver grande variabilidade entre os estados brasileiros.

303. Ou seja, o que se tem é que os estados devem aplicar o mínimo de 12% dos valores relativos aos impostos mencionados, podendo haver previsão nas constituições ou em leis dos estados prevendo percentual mínimo superior.

304. Do valor definido a ser aplicado em saúde, parte é destinada aos municípios com base na mencionada pactuação no âmbito das CIBs, sendo que a proporção em relação ao total pode variar, principalmente, em função do nível de atuação do próprio estado na gestão e execução das ações e serviços públicos de saúde.

305. Quanto aos resultados observados, vislumbram-se como possíveis causas para a baixa capacidade das SESs na prática AM5: a indisponibilidade de recursos suficientes para aportes complementares aos municípios; e/ou a indisponibilidade de informações municipais confiáveis quanto às necessidades de aportes complementares, com a finalidade de embasar as transferências. Todavia, frise-se que, 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.

306. Por fim, com a prática AM6 - Prover apoio logístico para usuários em outros estados (fora de seu domicílio) foi aferido 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 se avaliações da satisfação dos municípios quanto ao apoio logístico em outros estados estão disponíveis.

307. Nesse sentido, demonstrou-se considerável deficiência das SESs quanto ao suporte a ser prestado a usuários do Sistema quando necessitam de tratamentos em outros estados, como se observa no caso em que o paciente é encaminhado para se tratar em um determinada unidade da federação que constitui centro de referência em uma certa área especializada de cuidado. Nesse caso, a atuação do estado, mediante articulação com seus municípios, é importante para que se possa 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 ou amenizados. De forma inversa, quanto menos eficiente, maiores são os riscos de agravamento da situação de saúde dos usuários, e, com isso, ocasiona-se incrementos de custos que podem ser significativos para o Sistema.

308. De modo complementar, saliente-se que as práticas AM4 e AM5 possuem relação com a meta 3.c, do ODS3, observando-se que essas práticas podem estar indo na contramão do que deve ser feito para o atingimento da referida meta, cujo texto é o seguinte:

‘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.’

2.2.2 Gestão Administrativa nas SESs

309. Quanto ao mecanismo de Gestão Administrativa nas SESs, foram avaliadas as mesmas práticas constantes do questionário aplicado às SMSs que responderam ao modelo completo. Foram definidos os seguintes componentes: Planos (PI); Processos de apoio – Aquisições (PrAq); Processos de apoio - Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde, com ou sem contratualização (PrCtt); Processos de apoio – Orçamento e finanças (PrOF); Pessoas (PE); e Informação e conhecimento (IC).

2.2.2.1 Planos (PI)

310. O componente Planos (PI) aborda processos que contribuem diretamente para a implementação de diretrizes previamente definidas pelos Conselhos de Saúde (adaptado do GESPÚBLICA). Para o componente, foram avaliadas as mesmas práticas delineadas para as SMSs que responderam aos questionários completo e simplificado, conforme segue:

310.1. P11 - Elaborar Plano de Saúde;

310.2. P12 - Elaborar programação anual de saúde; e

310.3. P13 - Estabelecer planos operativos.

311. Das respostas efetuadas quanto a este componente, obtiveram-se os seguintes resultados (Figura 13):

[Figura 19 à peça 89, p. 69]

Figura 13 - Distribuição de frequência das práticas do componente PI nas SESs por estágio de capacidade

312. Assim, verificou-se que 41% das SESs estão em um estágio inicial quanto à gestão relativa ao planejamento (PI); 56% no intermediário; e apenas 4% no estágio aprimorado.

313. A auditoria da atenção básica (Acórdão 1.714/2015-TCU-Plenário), realizada entre 2014 e 2015, concluiu como causa da deficiência no planejamento da saúde estadual e municipal o baixo nível de orientação nesse sentido por parte do Ministério da Saúde a esses entes. A partir das constatações daquele trabalho, recomendou-se à pasta que, em articulação com os demais membros da Comissão Intergestores Tripartite

(CIT), desenvolvesse orientações ou recomendações para os gestores de saúde, com o fito de auxiliá-los na identificação das necessidades de saúde da população brasileira e na tradução dessas necessidades nos planos de saúde (item 9.1.1 do mencionado Acórdão), tendo-se como benefício uma maior elucidação quanto aos meios a serem utilizados no processo de levantamento de necessidades de saúde, acarretando uma orientação mais qualificada às demais esferas de governo.

314. No entanto, tenha-se que esse é um esforço que não deve ficar apenas a cargo do Ministério. Cada secretaria estadual de saúde também deve empenhar-se quanto ao aperfeiçoamento de seu processo de planejamento. Caso contrário, elevam-se os riscos de que serviços essenciais não sejam ofertados ou que haja a oferta de serviços desnecessários, bem como desperdício de recursos.

2.2.2.2 Processos de apoio – Aquisições (PrAq)

315. O componente PrAq diz respeito à aquisição de todos os objetos (bens e serviços), menos aqueles decorrentes de acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde, os quais são avaliados em componente próprio (Processos de apoio - Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde, com ou sem contratualização). As práticas definidas para autoavaliação para este componente foram as seguintes (as práticas PrAq1 e PrAq2 não constam do questionário simplificado aplicado às SMSs):

315.1. PrAq1 - Estabelecer processo de aquisições;

315.2. PrAq2 - Monitorar e avaliar processo de aquisições; e

315.3. PrAq3 - Implantar controles para cada uma das aquisições.

316. A seguir, na Figura 14, estão dispostos os resultados provenientes das respostas relacionadas ao componente Processos de Apoio – Aquisições (PrAq):

[Figura 20 à peça 89, p. 70]

Figura 14 - Distribuição de frequência das práticas do componente PrAq nas SESs por estágio de capacidade

317. Das informações gráficas apresentadas, constata-se que 41% das SESs se encontram em um estágio considerado inicial, 48% no estágio intermediário, e 11% encontram-se no estágio aprimorado.

318. Assim, a prática PrAq1 aferiu se: atividades do processo de aquisição e seu fluxo estão estabelecidos; atores responsáveis pelas atividades do processo de aquisição estão listados; modelos de artefatos (documentos) do processo de aquisição estão estabelecidos; e se listas de verificação (checklists) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo de aquisição estão estabelecidas.

319. Um processo de aquisições bem desenhado, mediante padrões estabelecidos e a devida designação de responsáveis para execução de suas etapas, é de ampla importância, mormente, para que se possa alcançar:

319.1. Uma delimitação clara dos pontos de controle do processo, bem como dos responsáveis, respeitando-se o princípio da segregação de funções, fazendo-se diminuir os riscos de erros e fraudes;

319.2. Maior eficiência quanto ao tempo que se leva para a execução do processo, reduzindo-se os custos envolvidos e reduzindo os riscos relacionados demora para atendimento das demandas da população por bens e serviços de saúde; e

319.3. Mitigação de riscos quanto a possíveis questionamentos advindos de órgãos judiciais e de órgãos de controle interno e externo.

320. Na prática PrAq2, foi mensurado se: responsabilidade pelo monitoramento do processo de aquisição está definida; indicadores que serão monitorados no processo de aquisição estão estabelecidos; indicadores do processo de aquisição são mensurados; e se resultados da avaliação dos indicadores do processo de aquisição são utilizados para tomada de decisão.

321. Como medida de controle gerencial, é relevante que os processos de aquisição nas SESs estejam sob constante monitoramento, preferencialmente, mediante a definição, mensuração e avaliação de indicadores.

322. A adoção de sistemas informatizados que apoiem a operacionalização e a gestão das secretarias mediante acompanhamento por indicadores dos processos relacionados às aquisições, mesmo que verificadas,

em relação a estes, algumas oportunidades de melhoria, é de extrema importância para o processo evolutivo na gestão do SUS.

323. Seguindo essa linha, cite-se 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. Essa 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>).

324. O projeto dispõe que a gestão de indicadores requer uma série de iniciativas para que possa ser eficiente e cumprir com o objetivo, que é o de proporcionar dados em tempo real de forma clara, simples e transparente, permitindo a tomada de decisão com base em informações estruturadas. Ainda, enfatiza que, para tal, é necessário realizar um levantamento dos principais indicadores estratégicos, gerenciais e operacionais para cada módulo do sistema, e da matriz de responsabilidades para acompanhamento e monitoramento dos indicadores e de suas eventuais metas definidas.

325. Enfatize-se que não se está, aqui, atestando a eficácia do mencionado projeto, mas conhecendo-se a iniciativa da gestão por indicadores como um importante passo na seara da gestão das aquisições para Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

326. Principalmente, em se considerando a dimensão do Sistema Único de Saúde, bem como a dinamicidade com que seus insumos são consumidos, a gestão por indicadores torna-se extremamente relevante para que as SESs possam tomar as decisões pertinentes de forma tempestiva.

327. Quanto à prática PrAq3, cabem as mesmas considerações quando do tratamento corresponsável às SMSs, no sentido de que a baixa capacidade verificada apresenta consideráveis riscos que possibilitam a realização de aquisições sem correspondência com a necessidade real, podendo-se adquirir bens ou serviços dispensáveis; aquisições de qualidade inferior à desejada; e aquisições com preços significativamente superiores aos praticados no mercado.

328. Por fim, menciona-se como principal referência em relação ao componente PrAq, em que as SESs podem se espelhar, o documento eletrônico intitulado 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>.

2.2.2.3 *Processos de apoio - Acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde, (PrCtt)*

329. O componente PrCtt se refere aos acordos realizados com terceiros para prestação de serviços de saúde, independentemente do instrumento utilizado para sua formalização (contrato administrativo, convênio, Termo de Parceria, Contrato de Gestão etc.). As práticas fixadas para este componente foram as seguintes (as práticas PrCtt1 e PrCtt2 não constam do questionário simplificado aplicado às SMSs):

329.1. PrCtt1 - Estabelecer processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde;

329.2. PrCtt2 - Monitorar e avaliar processo de acordo com terceiros para prestação de serviços de saúde; e

329.3. PrCtt3 - Implantar controles para cada um dos acordos com terceiros para prestação de serviços de saúde.

330. A seguir, estão dispostos os resultados consolidados obtidos no presente levantamento quanto ao componente PrCtt (Figura 15), seguidos das considerações julgadas relevantes acerca do observado.

[Figura 21 à peça 89, p. 72]

Figura 15 - Distribuição de frequência das práticas do componente PrCtt nas SESs por estágio de capacidade

331. Do gráfico apresentado, em relação ao componente PrCtt, extrai-se que 41% das SESs se encontram em um estágio considerado inicial, 48% no estágio intermediário, e 11% encontram-se no estágio aprimorado.

332. A respeito destes resultados, cabem as mesmas observações realizadas quando das considerações feitas em relação à prática PrCtt3 nas SMSs (itens 0-0), no sentido de que, ainda que não envolva a concessão de incentivos financeiros, cabe ao Ministério da Saúde avaliar a possibilidade de implementação de controles similares aos estabelecidos no art. 5º, Capítulo V (Da Contratualização) e Capítulo VI (Do Monitoramento e Avaliação), da Portaria GM 3.410/13 (que dispõe de regras para contratualização de serviços hospitalares), quanto aos demais serviços de saúde que decorram de acordos com terceiros.

2.2.2.4 Processos de apoio – Orçamento e finanças (PrOF)

333. Assim como no componente anterior, no componente PrOF, duas práticas avaliadas nas SESs não contam do questionário simplificado destinado às SMSs, quais sejam, PrOF1 e PrOF2. Assim, seguem todas as práticas definidas:

333.1. PrOF1 - Estabelecer processo orçamentário e financeiro;

333.2. PrOF2 - Monitorar e avaliar processo orçamentário e financeiro; e

333.3. PrOF3 - Monitorar e avaliar o fundo de saúde.

334. Abaixo (Figura 16), apresentam-se os resultados consolidados advindos das respostas referentes ao componente PrOF.

[Figura 22 à peça 89, p. 73]

Figura 16 - Distribuição de frequência das práticas do componente PrOF nas SESs por estágio de capacidade

335. A partir do gráfico apresentado, em relação ao componente PrOF, verifica-se que 30% das SESs encontram-se no estágio inicial; 59% no estágio intermediário; e 11% encontram-se no estágio aprimorado.

336. O processo de apoio afeto a orçamento e finanças envolve o planejamento orçamentário e abertura de créditos adicionais, a execução financeira e o controle do fundo estadual de saúde.

337. Nesse sentido, a prática PrOF1 mediu se: atividades do processo orçamentário e financeiro e seu fluxo estão estabelecidos; atores responsáveis pelas atividades do processo orçamentário e financeiro estão listados; modelos de artefatos (documentos) do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos; e se listas de verificação (checklists) para serem utilizadas nos pontos de controle do processo orçamentário e financeiro estão estabelecidas.

338. Quanto à prática PrOF2, foi mensurado se: a responsabilidade pelo monitoramento do processo orçamentário e financeiro está definida; indicadores que serão monitorados no processo orçamentário e financeiro estão estabelecidos; indicadores do processo orçamentário e financeiro são mensurados; e se resultados da avaliação dos indicadores do processo orçamentário e financeiro são utilizados para tomada de decisão.

339. Por sua vez, na prática PrOF3, foi dimensionado se: a responsabilidade pelo acompanhamento da disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde está definida; disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde são acompanhados, inclusive quanto à vinculação de sua aplicação; e se os resultados do acompanhamento da disponibilidade e aplicação dos recursos do fundo de saúde são utilizados para tomada de decisão.

340. De modo geral, o componente PrOF mostrou-se como o de maior capacidade nas SESs. No entanto, ainda assim, o percentual de secretarias em baixa capacidade é considerado elevado (30%), uma vez que o componente é compreendido como um dos principais meios para a consecução dos fins dessas organizações. Tem-se como premissa básica de que um processo orçamentário-financeiro sólido tende a resultar em orçamentos confiáveis e prudentes, e em uma gestão de finanças assentada em controles úteis para a tomada de decisão.

341. Por outro lado, um processo enfraquecido nesse sentido proporciona riscos quanto à possibilidade de ocorrência de discrepâncias relevantes quando do cotejamento de orçamentos previstos e orçamentos executados, por exemplo, decorrentes de inadequado dimensionamento das despesas fixadas, bem como do pagamento de despesas sem o devido suporte orçamentário. Outrossim, tal vulnerabilidade oferece riscos fiscais

provenientes de possíveis descumprimentos das determinações previstas nas normas constitucionais e na Lei de Responsabilidade Fiscal (LC 101/2000), principalmente, quanto à observação de limites e vedações.

2.2.2.5 Pessoas (PE)

342. Segundo Dutra (2002), a gestão de pessoas se caracteriza por um conjunto de políticas e práticas que permitem a conciliação de expectativas entre a organização e as pessoas para que ambas possam realizá-las ao longo do tempo. Aborda o sistema de trabalho do órgão/entidade, o desenvolvimento profissional e a qualidade de vida da força de trabalho (GESPÚBLICA).

343. Nesse sentido, quanto ao componente Pessoas (PE) avaliado nas SESs, foram definidas as seguintes práticas (as práticas que não constam do questionário simplificado aplicado às SMSs são: PE2, PE4, PE5, PE7 e PE8):

343.1. PE1 - Adotar código de ética e conduta que defina padrões de comportamento dos gestores e colaboradores da secretaria de saúde;

343.2. PE2 - Estabelecer mecanismos de controle para evitar que conflitos de interesse influenciem as decisões dos gestores da secretaria de saúde;

343.3. PE3 - Dispor de força de trabalho suficiente;

343.4. PE4 - Desenvolver lideranças;

343.5. PE5 - Avaliar e reconhecer o desempenho das pessoas;

343.6. PE6 - Promover a aprendizagem contínua;

343.7. PE7 - Realizar gestão do conhecimento (de outras formas que não por treinamentos); e

343.8. PE8 - Estabelecer e dar transparência ao processo de seleção dos gestores.

344. Assim, a Figura 17 apresenta as informações acerca dos resultados consolidados sobre o componente PE:

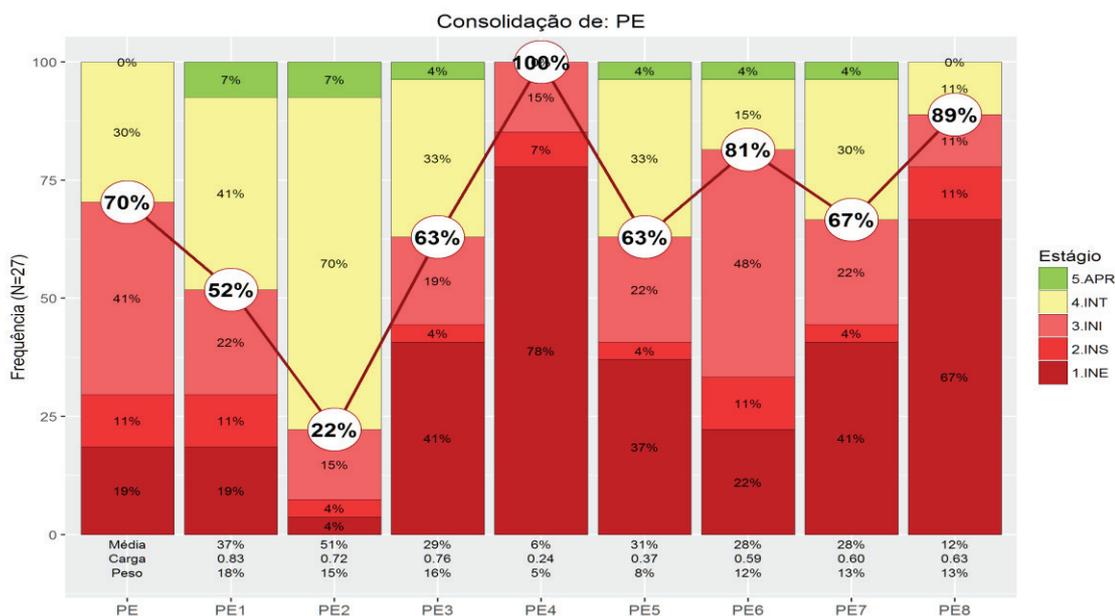


Figura 17 - Distribuição de frequência das práticas do componente PE nas SESs por estágio de capacidade

345. Dessa forma, 70% das SESs se mostram em um estágio de capacidade inicial quanto ao componente Pessoas; 30% em estágio intermediário; e nenhuma secretaria em estágio aprimorado.

346. Como se observa, com exceção da prática PE2, mais da metade das SESs apresenta baixa capacidade (estágio inicial) em todas as demais práticas. Julga-se pertinente realizar considerações acerca das práticas PE4, PE6 e PE8.

347. A prática PE4 mensurou se práticas de sucessão das lideranças são executadas (por exemplo, planejamento da sucessão), bem como se programas de treinamento e desenvolvimento de perfis profissionais de liderança, inclusive para potenciais líderes, são executados.

348. É de ampla importância que as SESs procurem desenvolver as diversas capacidades atinentes à liderança, das quais destacam-se as relacionadas à(o) (QUINN et al, 2003):

- 348.1. compreensão de si próprio e dos outros;
- 348.2. comunicação eficaz;
- 348.3. constituição e desenvolvimento de equipes;
- 348.4. uso de um processo decisório participativo;
- 348.5. gerenciamento de conflitos;
- 348.6. monitoramento do desempenho individual;
- 348.7. gerenciamento do desempenho e processos coletivos;
- 348.8. análise de informações com pensamento crítico;
- 348.9. gerenciamento de projetos;
- 348.10. planejamento e organização;
- 348.11. planejamento do trabalho;
- 348.12. produtividade do trabalho;
- 348.13. fomento de um ambiente de trabalho produtivo;
- 348.14. gerenciamento do tempo;
- 348.15. negociação de acordos e compromissos; e
- 348.16. apresentação de ideias.

349. Ademais, para o processo sucessório da liderança nas SESs, deve-se pensar quais pessoas estão prontas para enfrentar os desafios provenientes da ocupação de posições dessa natureza.

350. Assim, esse conjunto de ações tem o potencial de mitigar os riscos decorrentes de escolhas de pessoas sem o perfil adequado para ocupar determinadas posições de liderança nas secretarias, fazendo-se com que as expectativas das pessoas e da organização tenham maior possibilidade de serem atendidas ao longo do tempo.

351. A prática PE6 aferiu se: necessidades de capacitação em atenção à saúde estão descritas; necessidades de capacitação em gestão estão descritas; plano de educação permanente em atenção à saúde está estabelecido; plano de educação permanente em gestão está estabelecido; plano de educação permanente em atenção à saúde é executado; plano de educação permanente em gestão é executado; avaliações dos resultados das ações de educação permanente em atenção à saúde são realizadas; e se avaliações das ações de educação permanente em gestão são realizadas.

352. Quanto a esta prática, cabem as mesmas considerações feitas à prática AM4 (itens 0-0 e 0), valendo reforçar que a ausência ou a baixa frequência de ações de capacitação relacionada à atenção à saúde apresenta como risco central o de que usuários recebam tratamentos inadequados, tendo, como consequência, seus problemas de saúde agravados, acarretando maiores custos para o Sistema. Relativo à ausência ou baixa frequência de ações de capacitação em gestão, observam-se grandes riscos de desperdício de recursos públicos, mormente, em decorrência superdimensionamento orçamentário; da ausência de controles quanto à aquisição de insumos da saúde; e de aquisições antieconômicas, resultando da insuficiência de conhecimentos que envolvem licitações.

353. Na prática PE8, foi medido se: os perfis profissionais desejáveis ou necessários aos gestores estão descritos; os critérios de seleção dos gestores estão definidos; e se os gestores são selecionados por meio de processo transparente que leva em consideração os perfis profissionais e os critérios de seleção definidos.

354. Os gestores devem ser alocados em suas funções de acordo com os perfis e competências profissionais necessários para exercício do(a) cargo/função de gestão. Para tal, é ideal que se proceda à identificação do conjunto de características para a gestão dos mais diversos setores das SESs, e, com base nesses perfis, sejam estabelecidos critérios claros de seleção para o comando de um determinado setor ou departamento.

355. Processos nesse sentido têm potencial de mitigar riscos advindos de eventual escolha de gestores de forma arbitrária no âmbito das SESs, sem que o perfil necessário para a condução das equipes e processos sejam observados, induzindo, assim, melhores expectativas de resultados para a secretaria, e de reconhecimento para o seu quadro de pessoal.

356. Nesse sentido, menciona-se como referência o estudo intitulado Perfil Ideal de Competência Profissional de Gestores da Área de Saúde, apresentado no II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho- EnGPR-, em 2009, na cidade de Curitiba-PR (http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnGPR/engpr_2009/2009_ENGPR313.pdf), em que são definidos os atributos relacionados a conhecimentos, habilidades e atitudes, que compõem o conjunto de competências gerenciais em saúde. Dessa forma, reproduz-se o quadro de atributos apresentado no referido estudo:

Quadro 1 - Definição das variáveis relacionadas a conhecimento, habilidade e atitude (Fonte: Perfil Ideal de Competência Profissional de Gestores da Área de Saúde - II Encontro de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho- EnGPR-2009)

CONHECIMENTO	DEFINIÇÃO
Area / Setor de Saúde (políticas, sistema, mercado)	Conhecimentos de cunho estratégico sobre o mercado/sociedade no qual a Empresa se insere, incluindo clientes, concorrentes, fornecedores e parceiros.
Administração / Finanças / legislação	Conhecimentos pertinentes às áreas de administração e finanças, incluindo custos, bem como legislação, especialmente trabalhista e comercial.
Planejamento Estratégico e Operacional	Conhecimento de Modelos e Processos de Planejamento, envolvendo desde o Diagnóstico, Definição de Prioridades até o Monitoramento/Avaliação, para orientar a adequada construção de Planos de Ação para a Organização.
Gestão de pessoas	Conhecimentos sobre administração de recursos humanos, principais sistemas de pessoal, como: planejamento de RH, seleção/suprimento, treinamento, carreira, avaliação de desempenho e recompensa.
Técnico Específico	Conhecimentos técnicos próprios de sua área de formação específica.
Informática	Conhecimento sobre o uso do computador, redes, internet, bem como dos principais softwares de sua área de atuação.
Processo de Tomada de Decisão	Conhecimento de métodos/técnicas que facilitem a Tomada de Decisão.
Gestão de Qualidade	Conhecimento da teoria básica bem como dos processos relacionados com o funcionamento de sistemas de qualidade total.
Psicologia Organizacional	Conhecimento sobre comportamento das pessoas dentro de uma organização (comunicação interpessoal, administração de conflitos, negociação, motivação, formação de equipes).
Produto/ mercado de atuação da empresa/ instituição	Conhecimento de nível mercadológico sobre os serviços e/ou produtos fornecidos pela organização.
HABILIDADE	DEFINIÇÃO
Planejamento	Capacidade de definir e compartilhar metas, estratégias e táticas referentes ao processo administrativo.
Organização	Capacidade de gerenciar o processo administrativo, bem como de definir os diversos papéis dos membros da equipe, incluindo a distribuição de atividades, tarefas e responsabilidades.
Liderança	Capacidade de influenciar e mobilizar o grupo de trabalho, visando alcançar objetivos orientados para o bem comum.

Decisão	Capacidade de definir ações/tomar atitude após análise de alternativas, e que levem à resolução do problema/situação examinada.
Comunicação/ saber ouvir	Capacidade de escutar superiores, colaboradores, clientes, fornecedores e parceiros, dar e receber feedback, bem como de se fazer entender, visando facilitar a integração entre as pessoas envolvidas e influenciar positivamente o ambiente de trabalho.
Análise e Síntese	Capacidade de criticar e sintetizar dados e informações sobre processos e pessoas, a fim de poder reunir elementos objetivos que permitam uma adequada tomada de decisão.
Trabalho em Equipe	Habilidade pessoal que consiste na capacidade de entrosar-se facilmente com os demais membros da equipe, negociar e resolver conflitos, e de converter-se em fator de integração do time como um todo, com ênfase na excelência das relações interpessoais.
Criatividade / Inovação	Capacidade de gerar novas idéias (Criatividade), bem como de promover sua implementação (Inovação).
Execução	Capacidade de pôr em prática os planos de ação elaborados, visando a efetiva consecução dos resultados pretendidos.
Inspiração e Motivação da Equipe	Capacidade do líder de criar condições propiciadoras de inspiração e motivação para sua equipe, na busca constante do moral elevado do grupo.
ATITUDE	DEFINIÇÃO
Ético	Respeito absoluto pelo outro, honestidade e justiça nas decisões, e coerência entre o discurso e a prática.
Autoconfiante	Consciência de suas próprias limitações (humildade) e de suas fortalezas (confiança), passando uma postura de segurança e equilíbrio para sua equipe.
Determinado	Busca incessante das condições necessárias para superar desafios e alcançar resultados, a nível pessoal e profissional.
Flexível	Abertura para ouvir/aceitar opiniões diferentes, bem como para perceber as constantes transformações geradoras da necessidade de mudanças organizacionais.
Responsável	Resposta, em nível ótimo, ao conjunto de Atribuições do Cargo, com elevado grau de correspondência às expectativas da Organização em relação à sua pessoa.
Servidor/ Cuidadoso	Consciência da importância do Servir/ Cuidar dos liderados e dos clientes/usuários.
Comprometido	Compromisso e envolvimento com a Missão, Negócio e Resultados institucionais, bem como com as Pessoas da Organização.
Auto-motivado	Entusiasmo em nível elevado, evidenciado na postura corajosa de superação dos desafios do dia-a-dia.
Visionário	Antevisão de cenários (sonhos) para onde deseja levar a Organização e a Equipe e disposição para compartilhar estes sonhos com seu grupo de trabalho.
Aprendiz / Educador	Disponibilidade para Querer aprender sempre (busca do auto-desenvolvimento), bem como Preocupação com o desenvolvimento de todos da equipe (papel educacional).

2.2.2.6 Informação e Conhecimento (IC)

357. A informação, oriunda do dado, é um recurso essencial e necessário para o planejamento estratégico organizacional, pois sem informação não será possível elaborar, gerir e implementar esse projeto. O conhecimento que complementa a informação com valor relevante e propósito definido é outro recurso imprescindível para elaboração de qualquer projeto de planejamento, seja implícito, definido como percepções humanas, ou inferências computacionais (REZENDE, 2007 apud REZENDE, 2008).

358. Nesse sentido, informação e conhecimento dizem respeito à implementação de práticas que contribuem diretamente para a disponibilização sistemática de informações atualizadas, precisas e seguras aos usuários (adaptado do GESPÚBLICA).

359. Assim, para o componente Informação e Conhecimento (IC) nas SESs, foram avaliadas práticas dispostas a seguir (IC2, IC3 e IC4 não constam do questionário simplificado destinado às SMSs):

- 359.1. IC1 Utilizar sistemas de informação;
- 359.2. IC2 Utilizar comunidades de práticas;
- 359.3. IC3 Patrocinar a inovação; e
- 359.4. IC4 Apurar e controlar custos.

360. Os resultados decorrentes das respostas quanto ao componente IC seguem conforme Figura 18 abaixo disposta:

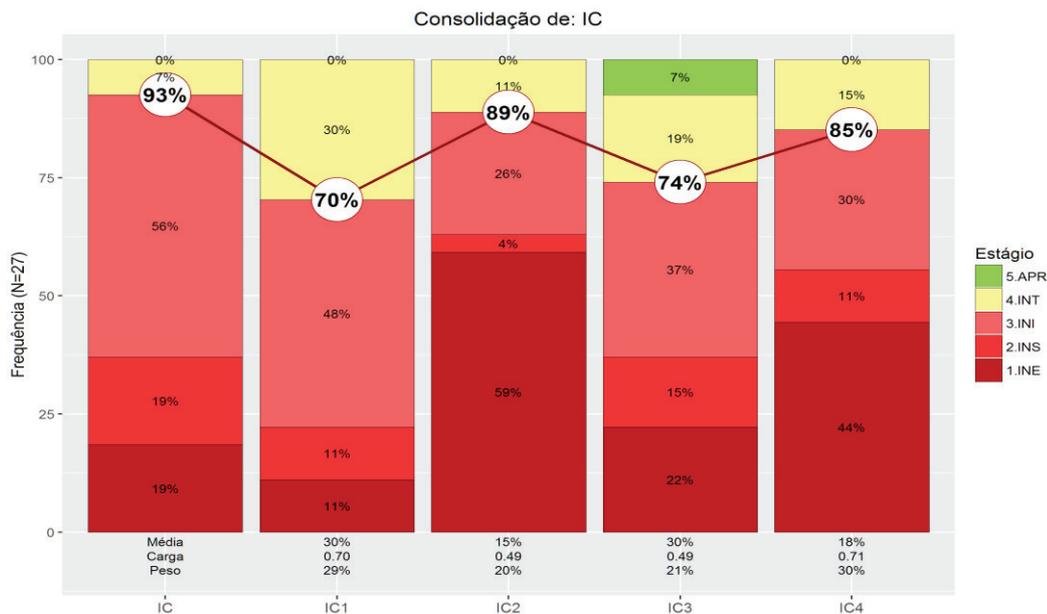


Figura 18 - Distribuição de frequência do componente IC nas SESs por estágio de capacidade

361. Assim, verificou-se que 93% das SESs estão em um estágio inicial quanto ao componente IC; 7% no intermediário; e nenhuma no estágio aprimorado.

362. Mostra-se relevante dar especial atenção aos resultados verificados no que toca à prática IC1 - Utilizar sistemas de informação-, essencial para que as demais sejam adequadamente executadas, todavia, apresentando elevado percentual de SESs em estágio de baixa capacidade (70% em estágio inicial).

363. A prática IC1 avaliou se: processos que dependem do apoio de sistemas de informação estão listados; sistemas de informação necessários estão disponíveis; sistemas de informação existentes são úteis e suficientes; informações contidas nos sistemas de informação são íntegras, confiáveis, atualizadas e disponíveis em formato aberto; informações contidas nos sistemas são integradas, de modo a possibilitar efetiva comunicação entre os subsistemas de saúde (por exemplo, atenção básica, vigilância em saúde); e se a avaliação da adequação dos sistemas de informação oferecidos pelo Ministério da Saúde precede a decisão de utilizar outros sistemas.

364. Segundo Rezende (2008), sistema de informação é todo sistema que utiliza ou não recursos de tecnologia da informação, o qual manipula dados e gera informação.

365. De acordo com o autor, os sistemas de informação podem ser classificados de diversas formas, a depender de seu objetivo, visando a contribuir para as atividades de planejamento, desenvolvimento ou aquisição de soluções para as organizações. Nesse sentido, podem ser classificados quanto à(o):

- 365.1. Critério de suporte a decisões: podendo ser operacional (SIO); gerencial (SIG); e estratégico (SIE);
- 365.2. Abrangência da organização: podendo estar em nível pessoal; de um grupo ou departamental; organizacional; e interorganizacionais (KROENKE, 1992 apud REZENDE, 2008);

365.3. Ciclo evolutivo: manuais; mecanizados; informatizados; automatizados; e gerenciais e estratégicos.

365.4. Entrada na organização e a partir do planejamento das necessidades de informação na organização: desenvolvimento; aquisição; e manutenção ou adaptação.

366. 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, sejam as afetas ao planejamento, sejam as relacionadas à operacionalização das ações e serviços públicos de saúde.

367. A não utilização de sistemas informatizados pelos atores responsáveis pela gestão do SUS levam, por exemplo, aos riscos de:

367.1. enfraquecimento do funcionamento do SUS no formato de redes de atenção à saúde (RASs), porquanto reforça sua fragmentação;

367.2. ocorrência de processos intempestivos;

367.3. possibilidade de extravio de documentos sem que haja uma fonte adequada de reposição; e

367.4. planejamento da saúde vulnerável, realizado com base em informações incompletas ou sem base em informações históricas.

368. 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, com o fito de auxiliar a gestão das secretarias de saúde em áreas que, devido ao alto fluxo de dados, demandam controles com tecnologia de informação, podendo-se mencionar como exemplo, o Sistema de Regulação (SISRERG) e o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HORUS).

369. 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, a exemplo dos resultados verificados em relação às SESs, tem possibilidade de ser observada em toda extensão territorial brasileira. A atribuição dada ao Ministério da Saúde pelo art. 16, inciso XIII, da Lei 8.080/90, no sentido de que a pasta federal deve prestar cooperação técnica aos estados e às municipalidades (aqui inserido o apoio dado com a disponibilização de sistemas informatizados), não deveria ser rejeitada sem correspondente justificativa. O apoio técnico atribuído ao Ministério gera custos, os quais não devem ser desperdiçados, em homenagem ao princípio constitucional da economicidade.

370. Considerando o SUS em toda a sua dimensão, a depender da quantidade de estados e municípios que não incorporam tais tecnologias disponibilizadas pelo Ministério, em verdade, pode-se estar incorrendo em um aumento de custos de uma forma tão vultosa que se torne assaz dificultosa a sua quantificação.

371. Nessa linha, a previsão da Instrução Normativa 04, de 11 de setembro de 2014 – IN 04/2014/SLTI/MPOG, que, 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*).

372. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), instituída pela Portaria GM/MS 2.690, de 5 de novembro de 2009 (Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf), insere os sistemas organizacionais no rol do que se considera tecnologias em saúde, dispondo, dentre outros aspectos, que para implementar a sua avaliação, **será necessária a realização de levantamento das avaliações de tecnologias já elaboradas ou atualmente em curso no sistema de saúde, evitando duplicidade de esforços** (item 4.1, relativo à primeira diretriz da PNGTS).

373. Dentre outros, a Política tem como objetivo específico nortear a institucionalização, nas esferas de gestão do SUS, dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias **baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde**.

374. Fica evidenciado que a análise de tecnologias disponíveis na administração pública deve ser realizada pela gestão do SUS antes da definição da incorporação de uma tecnologia para determinada finalidade.

375. Indo de encontro com essa linha, observou-se que **74% das secretarias apresentaram estágio de capacidade baixa quanto à avaliação da adequação dos sistemas de informação oferecidos pelo Ministério da Saúde antes da decisão de utilizar outros sistemas, sendo que em 37% o controle é inexistente** (peça 84, p. 147), como se verifica no resultado do item de controle IC1.6, na Figura 19 abaixo:

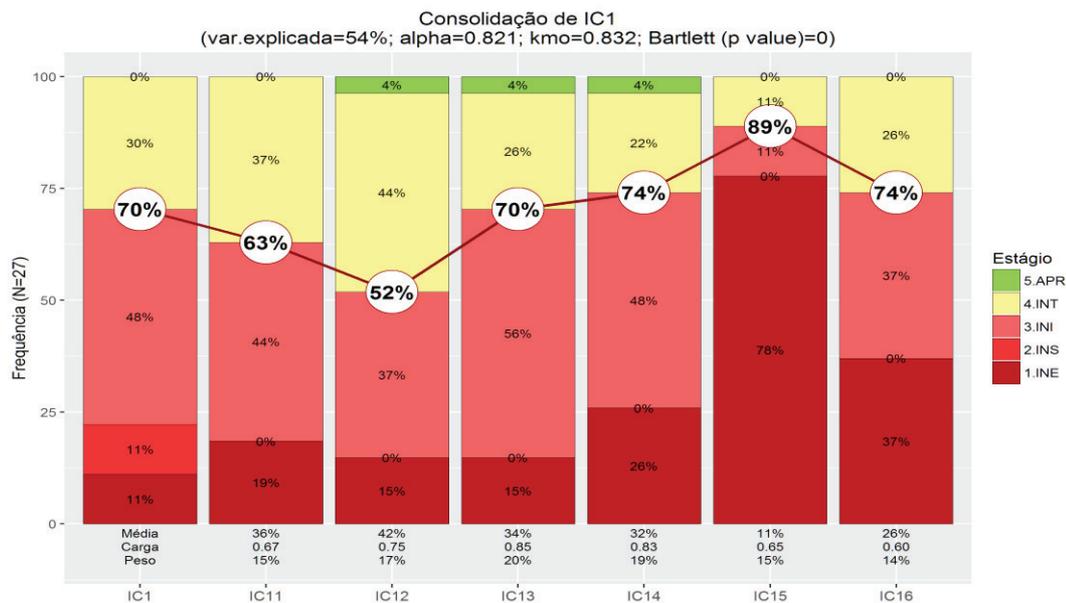


Figura 19 - Distribuição de frequência da prática IC1 nas SEs por estágio de capacidade

376. Por outro lado, atuando em cooperação técnica, o Ministério deve disponibilizar, com a adequada capacitação de pessoal para sua operação, ferramentas adequadas à dinamicidade a que está sujeito o SUS, que atendam às necessidades das diversas secretarias de saúde brasileiras, com a execução de um processo contínuo de seu aperfeiçoamento.

377. Também cabe destaque para a necessidade de que, sempre que verificada boa relação custo-benefício (eficiência), os diversos sistemas possibilitem integração entre si, de tal sorte que os dados constantes de um sistema sirvam de subsídio para outros.

378. O Anexo à Portaria GM/MS 4.279/2010 destaca a importância da interoperabilidade entre os vários sistemas de informação para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

379. Ademais, o item 4.5 da PNGTS fixa a promoção da **integração de banco de dados** como componente de sua quinta diretriz.

380. Todavia, na contramão deste ideal, **quanto ao item de controle que objetivou mensurar se informações contidas nos sistemas são integradas**, de modo a possibilitar efetiva comunicação entre os subsistemas de saúde (deram-se como exemplo de subsistema a atenção básica e a vigilância em saúde, assim compreendidas pela Equipe), **89% das secretarias se apresentam em estágio de capacidade inicial, sendo que em 78% delas o controle é considerado inexistente** (conforme IC1.5, na Figura 19 acima disposta; peça 84, p. 147).

381. Esse é um assunto que remete ao que já foi verificado por esta Corte, no âmbito da auditoria na regulação da assistência à saúde, que relatou relevantes falhas quanto à interoperabilidade entre sistemas de regulação, conforme se verifica no Relatório do Acórdão 1.189/2010-TCU-Plenário:

352. Mediante entrevistas com os encarregados das centrais e dos setores de regulação das secretarias de saúde dos oito estados auditados, aliadas à pesquisa realizada com centrais de regulação de todo o Brasil, constatou-se que, apesar da exigência de integração dos processos de trabalho que compõem a regulação, os sistemas informatizados instalados nos entes auditados não funcionam de forma integrada, impossibilitando a troca automatizada de informações entre as diversas centrais de regulação.

382. Registre-se que não é recomendável que se persiga apenas que os sistemas de caráter operacional (SIO) possibilitem integração mútua, mas também que estes, os gerenciais (SIG) e os estratégicos (SIE) tenham tal capacidade, proporcionando, sobretudo, respostas tempestivas às demandas operacionais relativas às ações e serviços de saúde e àquelas relacionadas ao planejamento das SESs.

383. Observe-se que os mencionados itens de controle (IC1.6 e IC1.5) também foram respondidos pelas secretarias municipais de saúde, que também apresentaram alto percentual em baixo estágio de capacidade. Considerando todas as SMSs que responderam ao questionário e fizeram parte da análise (4.314), obtém-se que, quanto ao item de controle IC1.6, há 57% no estágio inicial de capacidade, em que 29% o controle é considerado inexistente (peça 84, p.34). Quanto ao IC1.5, 54% mostram-se em estágio inicial, sendo que em 25% o controle é inexistente. Levando-se em consideração apenas as SMSs que responderam ao questionário completo e que tiveram as respostas analisadas (1.076), resulta-se que, com relação ao IC1.6, 57% encontram-se no estágio inicial, sendo que em 29% o controle inexistente (peça 84, p.89-90). Relativamente ao IC1.5, 63% estão em estágio inicial, sendo que em 31% o controle se mostra inexistente.

384. Por fim, observe-se que o art. 7º da Portaria GM/MS 2.690/2007 atribui ao Ministério da Saúde a coordenação, em âmbito nacional, das ações de avaliação de tecnologias em saúde quanto à implantação da PNGTS.

385. Por todo o exposto, propõe-se **recomendar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** que, com fundamento no art. 14-A, da Lei 8.080/90, mediante a edição de ato normativo, estabeleça diretriz de nível nacional às secretarias estaduais e municipais de saúde no sentido de que a incorporação e utilização dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou de outras soluções disponíveis na administração pública deve ser a regra, devendo as contratações de sistemas junto a empresas fornecedoras de soluções de tecnologia de informação ser tratadas como exceção, sempre acompanhada de justificativas formais pela não adoção dos sistemas públicos (ver seção 5- Proposta de Encaminhamento).

386. Ainda, em consonância com o disposto nos incisos III, X, XIII e XVII, do art. 16, da Lei 8.080/90, e no art. 7º da Portaria GM/MS 2.690/2007, propõe-se **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 (ver seção 5- Proposta de Encaminhamento).

3 Índice de governança e gestão em saúde (conselhos e secretarias municipais)

387. As construções e análises expostas na presente seção dizem respeito não somente aos resultados relativos ao levantamento de gestão em saúde – secretarias municipais de saúde- já apresentados, mas também aos resultados advindos do levantamento de governança em saúde- conselhos municipais- (TC 011.770/2015-5), com o principal objetivo de compor o Índice de Governança e Gestão em Saúde (iGGSaúde) e apresentar as diversas correlações verificadas entre as práticas.

388. Em vez do termo “índice”, optou-se por utilizar a expressão “agregadores de capacidade” para designar um determinado estágio de capacidade em que se encontravam as organizações, embora, nesse caso, tenham o mesmo sentido.

389. Importante salientar, em linha com o previsto na recém publicada INC-MP/CGU 1/2016, que:

389.1. Controles internos devem ser aplicados somente onde há risco (o mesmo está previsto no DL 200/1963, art. 14); e

389.2. O controle interno aplicado deve ser proporcional ao risco que ele busca reduzir (risco maior, controle maior, e vice-versa).

390. Os questionários utilizados no processo de autoavaliação conduzido neste trabalho contêm um conjunto amplo de controles (práticas e itens de controle) que PODEM ser aplicáveis às organizações que se

autoavaliaram. Isto **não significa que necessariamente todos os controles devam ser implementados por todas as organizações.**

391. Por outro lado, as organizações deveriam **promover uma avaliação da aplicabilidade ou não de TODOS os itens do questionário**, a fim de decidir quais reduzem riscos aos quais estão expostas. Por analogia, o questionário seria como um extenso cardápio, mas as organizações devem escolher os itens que façam bem a sua dieta, dispensando aqueles que não lhe sejam necessários, ou cujo custo-benefício não lhe seja favorável.

3.1 Definição

392. O modelo de governança e gestão em saúde, já apresentado nas seções 1.5 e 1.7, está estruturado em mecanismos e práticas que descrevem, com base na literatura e na visão de todos os atores que participaram do processo de construção do modelo (ver Apêndice I), o que seria uma boa governança e gestão nas secretarias de saúde.

393. Para fazer mensurações do grau de aderência às práticas preconizadas, tais práticas foram desdobradas em itens de controle verificáveis e auditáveis. Todavia, tendo em vista a diferença na atuação dos municípios que possuem atenção de média e alta complexidade daqueles que promovem apenas atenção básica, foram organizados dois questionários, um completo e um simplificado, o primeiro respondido pelos municípios com alguma estrutura MAC e o segundo pelos demais.

394. O Índice de Governança e Gestão da Saúde (iGGSaúde) é um agregador formado por dois agregadores: um de governança e outro de gestão na saúde. Calcula-se o iGGSaúde somando-se os dois índices multiplicados por 0,5, ou seja, soma-se a metade de cada índice específico para compor o índice geral.

$$iGGSaúde = 50\% \times iGovSaúde + 50\% \times iGestSaúde$$

395. O índice de governança e os índices simplificado e completo de gestão são definidos pelas funções lineares:

$$iGovSaúde = f(L11, L12, L13, L21, L31, L41, E11, E22, E23, E24, E26, E31, E32, C12, C13, C21, C31, C32, C34)$$

$$iGestSaúdeSimplificado = f(AB1, AB2, AB3, AB4, AB5, AB6, AB7, AB8, AB9, AB10, AB11, AF1, AF2, AF3, AF4, AF5, AF6, AF8, VS1, VS2, VS3, VS4, VS9, P11, P12, P13, PrAq3, PrCtt3, PrOF3, PE1, PE3, PE6, IC1)$$

$$iGestSaúdeCompleto = f(AB1, AB2, AB3, AB4, AB5, AB6, AB7, AB8, AB9, AB10, AB11, MAC1, MAC2, MAC3, MAC4, MAC5, MAC6, MAC7, MAC8, MAC9, MAC10, AF1, AF2, AF2a, AF2b, AF3, AF4, AF5, AF5a, AF6, AF7, AF8, VS1, VS2, VS2a, VS3, VS4, VS5, VS6, VS7, VS8, VS9, P11, P12, P13, PrAq1, PrAq2, PrAq3, PrCtt1, PrCtt2, PrCtt3, PrOF1, PrOF2, PrOF3, PE1, PE2, PE3, PE4, PE5, PE6, PE7, PE8, IC1, IC1a, IC2, IC3, IC4)$$

396. Nas funções, L11, por exemplo, é o valor da aderência à prática L1.1 do questionário, e assim até a prática C.3.4. O valor de aderência foi chamado capacidade no texto de análise descritiva antecedente.

397. Os pesos dos termos do polinômio linear (primeiro grau) foram definidos a partir do *score* resultante de Análise Fatorial (AF). Utiliza-se a AF em muitos casos com o objetivo de mensurar fenômenos que não podem ser diretamente observados (FIGUEIREDO FILHO e SILVA JUNIOR, 2010), com vistas a operacionalizar conceitos abstratos em variáveis empiricamente observáveis. A principal função da AF seria reduzir um grande número de variáveis a um número reduzido de fatores. Um fator pode ser definido como a combinação linear das variáveis (estatísticas) originais. Ele representa um agrupamento de variáveis com comportamento, em termos de variância, semelhante, o que é chamado de covariância. Pressupõe-se que os

fatores subjacentes, que são em menor número que as variáveis observadas, são responsáveis pela covariação entre as variáveis.

398. A AF foi utilizada para a consolidação dos itens de controle nas práticas e destas no Índice de Governança e no Índice de Gestão. Tendo vista que a gestão e a governança constituem conceitos abstratos não observáveis, utilizou-se neste estudo a AF para construir fatores a partir do conjunto de variáveis observáveis, que constituem as respostas aos questionários. Por conseguinte, os índices de gestão e de governança constituem fatores que buscam representar a autoavaliação dos gestores e conselheiros de saúde acerca de diversos elementos do Sistema Único de Saúde em cada município ou estado. Informações mais detalhadas acerca da metodologia de análise fatorial empregada estão disponíveis nos Apêndices I e II deste relatório.

399. Ordenando as Tabelas 4, 5 e 6 disponíveis no Apêndice II pela coluna “peso ajustado a 100%”, é possível observar quais são as práticas que mais contribuem para os fatores governança e gestão em saúde, extraídos da presente amostra:

Tabela 1: Resultado da extração do fator governança em relação às práticas de governança

[Tabela à peça 89, p. 84]

Tabela 2: Resultado da extração do fator em relação às práticas de gestão do questionário simplificado

[Tabela à peça 89, p. 85]

Tabela 3: Resultado da extração do fator em relação às práticas de gestão do questionário completo

[Tabela à peça 89, p. 86]

400. Ressalte-se que o significado conceitual do peso da prática **não** é o grau de importância da prática para uma boa governança ou uma boa gestão, ou ainda a sua relevância para produção de resultados para o cidadão. O significado aqui é o quanto a variação na qualidade dessa prática é acompanhada por variações na mesma direção em outras práticas. Desse modo, é possível afirmar que, na amostra coletada, quando a organização adota o monitoramento de sua gestão (C13), geralmente outras boas práticas também são adotadas; e quando não adota essa boa prática, geralmente outras boas práticas não são adotadas.

401. **Importante fazer essa distinção para não se correr o risco de afirmar que as práticas de baixo peso, tais como C21 (auditoria interna) ou L21 (adoção de código de ética), sejam práticas de menor importância para a governança, o que não seria necessariamente verdade.** Os dados aqui apenas revelam que as práticas de baixo peso são menos praticadas, não querendo dizer que são menos importantes. E, pelo fato de serem menos praticadas, a sua correlação com outras práticas não pode ser matematicamente tão bem detectada, por causa da menor quantidade de ocorrências em relação a outras práticas já mais bem estabelecidas na administração pública; e em virtude de sua variância ser menos acompanhada pela variância de outras práticas.

402. Para estudar o grau de importância de uma prática de governança é necessário mensurar em conjunto a qualidade da gestão resultante da estrutura de governança e também mensurar em conjunto a qualidade dos resultados entregues ao cidadão que decorrem dos processos de gestão.

403. Por outro lado, esses dados permitem sugerir que a organização pública com baixa capacidade em governança fará bem em começar a estruturar sua governança a partir da definição da estratégia organizacional e pelo sistema de monitoramento do desempenho dessa estratégia, pois estas são as práticas que mais vezes estão associadas a melhorias nas outras práticas.

404. A prática “E22 – Estabelecer a estratégia da secretaria de saúde” é a segunda prática de maior peso no questionário de governança. Importante destacar que a prática “E22 – Estabelecer a estratégia da organização” foi a prática de maior peso no levantamento do perfil de governança pública das organizações da administração pública federal, e de governança pública e governança e gestão das aquisições das organizações das administrações públicas estadual e municipal (TC 020.830/2014-9, acórdão 1.273/2015-TCU-Plenário).

405. O iGGSaúde não deve ser percebido como uma medida precisa da governança e da gestão em saúde de um dado município, devendo ser entendido apenas como uma referência e um instrumento de autoavaliação da sua capacidade nessa área, e também um guia no processo de melhoria.

406. Frise-se que o iGGSaúde está baseado em informações declaradas pelos próprios gestores, não tendo havido qualquer verificação da real confiabilidade das respostas. Portanto, as respostas de alguns

municípios podem não representar adequadamente a realidade, em função de erros no processo de autoavaliação, problemas na interpretação de questões, entre outros fatores que podem tornar as respostas imprecisas.

407. Há também a possibilidade de que certas práticas ou itens de controle constantes do questionário não sejam perfeitamente aplicáveis à realidade de alguns municípios. No presente questionário, procurou-se detectar a ocorrência de não aplicabilidade em função de duas situações possíveis: a) quando a relação custo-benefício de certos itens de controle é desfavorável, o que recomenda a sua não adoção, por força do art. 14 do Decreto-lei 200/1967; e b) quando existe algum impedimento legal ou normativo à adoção do item de controle. Se existem outros casos relevantes de não aplicabilidade, isto será objeto de estudos futuros para aperfeiçoamento do questionário.

408. Registre-se que, apesar de imprecisa, a medida trazida pelo iGGSaúde é útil, pois:

408.1. Uma medida com alguma imprecisão é melhor do que nenhuma medida, que era a situação anterior a este trabalho;

408.2. Permite, assim como os demais agregadores (capacidades), comunicar de forma sintética à alta administração uma ideia aproximada da situação de governança da organização, o que não seria possível ante a quantidade de perguntas do questionário;

408.3. Permitirá *benchmarking* entre as organizações, processo que traz sinergia na melhoria de todas as organizações em conjunto.

409. **Nesse sentido, é muito importante compreender que não é obrigatório almejar o valor máximo no iGGSaúde.** Entretanto, à semelhança das orientações da ABNT NBR ISO/IEC 31000, é responsabilidade da autoridade máxima decidir – por meio de análise crítica dos riscos relevantes e das necessidades do município – qual a meta mais adequada a ser alcançada em cada prática do instrumento de autoavaliação. O conjunto de metas deve ser formalizado como parte de um plano, atentando-se para as metas legais de cumprimento obrigatório.

3.2 Resultados da avaliação

410. A Figura 20 apresenta a distribuição da frequência do IGGSaúde para os questionários de governança e gestão, simplificado e completo. Considerando o IGGSaúde, 54% dos municípios encontram-se em estágio inicial, enquanto 1% estaria em estágio aprimorado. O índice de governança foi o que apresentou o maior percentual de municípios em estágio inicial, 62%, enquanto o índice de gestão do questionário simplificado apresentou maior proporção dos municípios em estágio intermediário, 51%.

[Figura 26 à peça 89, p. 89]

Figura 20 - Distribuição de frequência do iGGSaúde por estágio de capacidade

411. A Figura 21 apresenta a distribuição de frequência dos mecanismos de governança por estágios de capacidade. Já a Figura 23 apresenta a distribuição de frequência dos mecanismos de gestão dos municípios que responderam ao questionário simplificado e a Figura 23 dos municípios que responderam ao questionário completo.

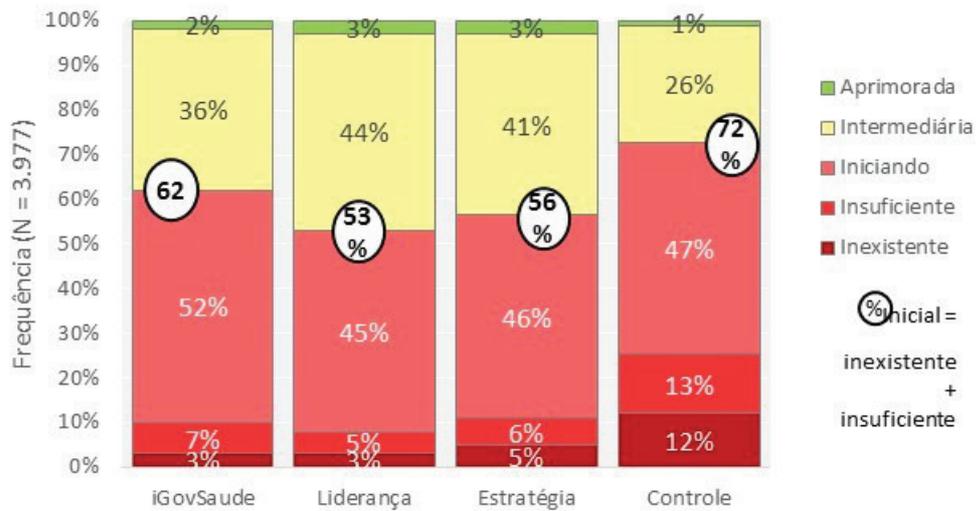


Figura 21 - Distribuição de frequência do iGovSaúde e mecanismos de governança por estágio de capacidade

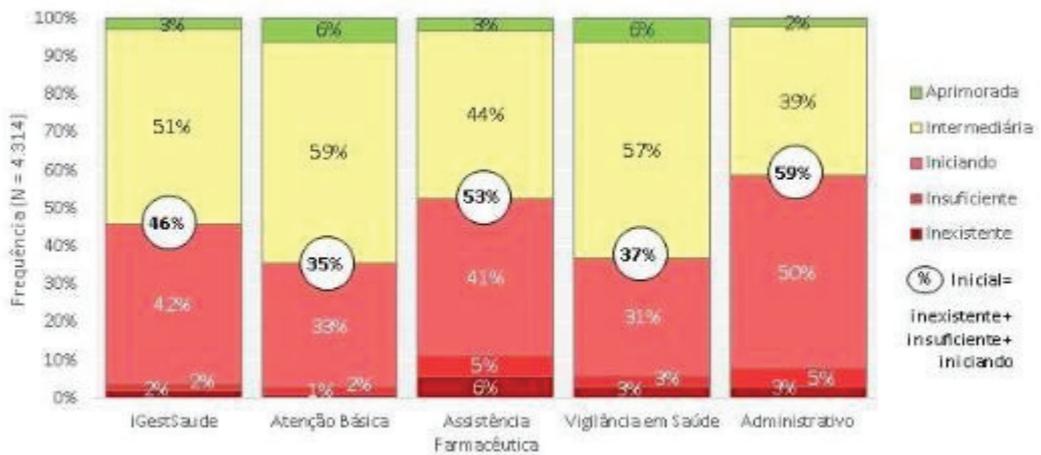


Figura 22 - Distribuição de frequência do iGestSaúde e componentes de gestão do questionário simplificado por estágio de capacidade

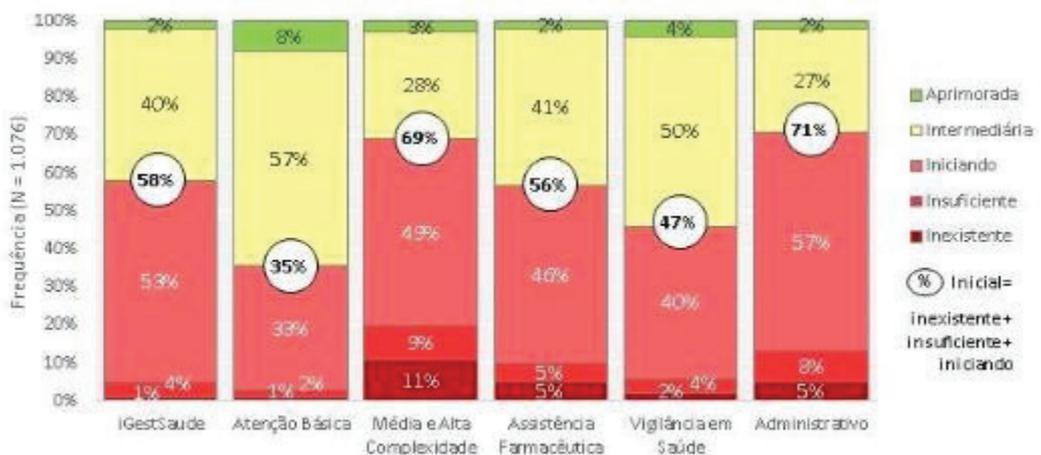


Figura 23 - Distribuição de frequência do iGestSaúde e componentes de gestão do questionário completo por estágio de capacidade

412. No caso do questionário de gestão simplificado, a Tabela 4 apresenta a matriz de correlações entre as 33 práticas, retiradas as correlações entre práticas do mesmo mecanismo. Os pares de práticas que apresentaram maiores correlações foram:

412.1. AB11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento) x VS2 - Realizar vigilância da situação geral de saúde da população;

412.2. AB11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento) x VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento);

412.3. PL1 - Elaborar Plano de Saúde x VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento);

412.4. PL1 - Elaborar Plano de Saúde x VS2 - Realizar vigilância da situação geral de saúde da população;

412.5. PL1 - Elaborar Plano de Saúde x VS3 - Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis

Tabela 4: Matriz de correlações entre as 33 práticas do questionário simplificado de gestão

[Tabela à peça 89, p. 91]

413. A interpretação desses dados deve ser cautelosa. É esperado que, descontada a variância decorrente da imprecisão das medidas, exista elevada correlação entre as mensurações de uma causa e as mensurações de seu possível efeito. A análise de correlações é frequentemente utilizada para encontrar relações de causa e efeito. Entretanto, também é possível que ambas as mensurações sejam, na verdade, efeito de uma causa não mensurada no questionário, e não uma o efeito da outra. E é também possível que a correlação elevada seja meramente circunstancial. Por isso, a análise de correlações pode apenas oferecer pistas para exames posteriores mais acurados.

414. Feitos estes alertas, observa-se que as práticas que apresentaram a maior média das correlações foram “PL1 - Elaborar Plano de Saúde” e “VS3 - Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis”. As maiores correlações da prática PL1 são com as de Vigilância Sanitária. Imagina-se que municípios que realizem ações vigilância sanitária disporão de mais informações acerca da situação de saúde da população, informações estas necessárias para a adequada elaboração do planejamento. O mecanismo da vigilância sanitária foi o que apresentou a maior média das correlações de suas práticas com as demais, o que poderia ser explicado pela importância da disponibilidade de informações e de um maior conhecimento da secretaria de saúde acerca da situação de saúde. Entre os dez maiores pesos do iGestSaúde simplificado, cinco referem-se a práticas da vigilância sanitária.

415. Quando se comparam os municípios entre os 25% de maior iGestSaúde simplificado e os municípios entre os 25% de menor índice, verifica-se que as práticas de maior diferença no índice de cada prática entre os dois grupos são aquelas relacionadas com o automonitoramento. Este cálculo foi realizado subtraindo-se a média do índice de cada prática para o grupo dos municípios de maior iGestSaúde pela média do índice da prática para os municípios de menor iGestSaúde.

416. A prática de maior diferença foi “AB11 - Monitorar a gestão da atenção básica (automonitoramento)”, cuja média do índice dos 25% de maior iGestSaúde foi de 0,70 e de 0,29 para os de menor índice, uma diferença de 0,41. A segunda prática de maior diferença foi “VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento)”, com médias de 0,69 e 0,29, uma diferença de 0,40. A outra prática relacionada ao automonitoramento, “AF8 - Monitorar a gestão da assistência farmacêutica (automonitoramento)”, foi a sexta de maior diferença, com médias de 0,47 e 0,10, uma diferença de 0,37.

417. Essa maior diferença entre a média do índice das práticas de automonitoramento indicaria que os municípios de maior iGestSaúde teriam avaliado melhor estas práticas relativamente ao conjunto de práticas do que os municípios de menor iGestSaúde. Por conseguinte, supõe-se que os municípios de maior iGestSaúde dariam mais importância para o automonitoramento relativamente ao conjunto de todas as práticas do questionário.

418. A Tabela 5 apresenta a matriz de correlações entre as práticas do questionário completo de gestão.

Tabela 5: Matriz de correlações entre as 62 práticas do questionário completo de gestão

[Tabela à peça 89, p. 93]

419. Os pares de práticas com correlações acima de 0,60 são os seguintes:
- 419.1. PL1 - Elaborar Plano de Saúde x VS9 - Monitorar a gestão da vigilância em saúde (automonitoramento);
- 419.2. PL1 - Elaborar Plano de Saúde x VS2 - Realizar vigilância da situação geral de saúde da população.
420. A prática com maior média de correlações foi mais uma vez PL1, com 0,44. Assim como no questionário simplificado, essa prática também se correlaciona bem com as práticas da vigilância sanitária.
421. As análises indicam que, no contexto do processo de controle externo da governança pública, os tribunais de contas poderão maximizar o efeito de sua ação ao focalizar seus esforços, principalmente, na garantia de que as secretarias municipais de saúde e os conselhos municipais de saúde garantam:
- 421.1. O estabelecimento, clara e consistentemente, da estratégia da secretaria (E22) e a elaboração efetiva do plano anual de saúde (PL1);
- 421.2. O monitoramento da gestão (C13), da execução da estratégia execução da estratégia da secretaria de saúde (E24) e das ações da atenção básica (AB11), da assistência farmacêutica (AF8) e da vigilância sanitária (VS9).
422. Estas conclusões se alinham e detalham conclusões dos demais levantamentos de governança realizados pelo TCU, até o momento.

4 CONCLUSÃO

423. O **objetivo** deste levantamento foi obter e sistematizar informações sobre a situação da governança e gestão em saúde nas esferas estadual, distrital e municipal, e suas **finalidades** foram divulgar o tema “governança e gestão da saúde” para as organizações participantes, bem como identificar os pontos mais vulneráveis no tema, de forma a induzir melhorias.
424. Pode-se afirmar que parte do objetivo do trabalho já foi atingido, tendo em vista que este levantamento serviu como relevante ferramenta de disseminação dos temas de governança e gestão em saúde para as organizações participantes (que responderam aos questionários), incentivando, assim, uma mudança de comportamento na administração pública.
425. Além dos dezoito eventos de divulgação promovidos pelo TCU em parceria com os tribunais de contas nos estados/municípios (item **Erro! Fonte de referência não encontrada.**), a difusão dos temas foi evidenciada durante a execução do trabalho, em que diversos respondentes registraram nos respectivos questionários, no campo “comentários”, a importância dessa iniciativa dos tribunais de contas para a melhoria da governança e da gestão em saúde.
426. Quanto ao objetivo de identificar os pontos mais vulneráveis, tem-se que os resultados obtidos neste levantamento revelaram, de forma geral, **baixa capacidade em praticamente todos os controles e práticas** sugeridos nos modelos de autoavaliação de Gestão em Saúde.
427. Os resultados consolidados mostram que, **nos municípios, 46% das SMSs se encontram em estágio de capacidade inicial em Gestão em Saúde; 51% em estágio intermediário; e 3% em estágio aprimorado.**
428. No âmbito **estadual**, os resultados consolidados apontam que **52% das SESs brasileiras estão no estágio de capacidade inicial; 41% estão no estágio intermediário; e 7% no estágio aprimorado.**
429. A análise de correlações, empreendida ao final da seção 3.2, sugere que os tribunais de contas poderão maximizar o efeito de sua ação ao focalizar seus esforços, principalmente, na garantia de que as secretarias municipais de saúde garantam o monitoramento das ações da atenção básica (AB11), da assistência farmacêutica (AF8) e da vigilância em saúde (VS9).
430. No que tange ao objetivo de induzir melhorias em pontos específicos, mesmo considerando-se que há deficiências apontadas em quase todas as práticas de gestão em saúde sugeridas, por considerar que o

modelo desenvolvido foi suficientemente debatido com as partes interessadas (seção 1.10), considerou-se oportuno enfatizar as seguintes grandes necessidades em gestão no Sistema Único de Saúde:

- 430.1. Estabelecimento de mecanismos que aumentem a resolutividade da atenção básica nos municípios (AB9);
 - 430.2. Maior consolidação dos complexos reguladores da assistência à saúde (MAC4);
 - 430.3. Aumento de esforços para realização da regulação do acesso, preferencialmente com a utilização de recursos de tecnologia da informação (MAC5);
 - 430.4. Estabelecimento de mecanismos para monitoramento e gestão de filas para atendimento em média e alta complexidades (MAC6);
 - 430.5. Medidas estruturantes, de nível nacional, com vistas à implantação de controles na gestão da utilização de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) pela União, estados e municípios (MAC9);
 - 430.6. Maior foco quanto ao fomento para constituição de consórcios públicos no âmbito da assistência farmacêutica (AF3, AF4 e AF5)- conforme Proposta de Encaminhamento (seção 5);
 - 430.7. Aumento no controle relativo à dispensação de medicamentos aos usuários do SUS, realizada pelas farmácias da rede própria (AF6);
 - 430.8. Atenção quanto à segregação de funções críticas afetas ao ciclo que envolve a assistência farmacêutica (AF7);
 - 430.9. Maior foco quanto à vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis (VS3); quanto à vigilância das doenças crônicas não transmissíveis, de acidentes e de violências (VS4); e quanto à vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde (VS5);
 - 430.10. Implantação de processo, controles sistematizados e monitoramento e avaliação relacionados às aquisições (PrAq1, PrAq2 e PrAq3);
 - 430.11. Implantação de controles sistematizados para os acordos firmados com terceiros para prestação de serviços de saúde (PrCtt3);
 - 430.12. Maior apoio das secretarias estaduais de saúde em relação ao planejamento municipal da saúde (AM3);
 - 430.13. Complementação adequada de recursos financeiros da saúde dos estados aos respectivos municípios (AM5);
 - 430.14. Busca pelo desenvolvimento de lideranças nas secretarias de saúde (PE4);
 - 430.15. Promoção da aprendizagem contínua em áreas técnicas e de gestão (PE6);
 - 430.16. Estabelecimento do processo de seleção dos gestores das secretarias de forma transparente (PE8); e
 - 430.17. Utilização, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde, devendo a não adoção dos mesmos ser caso de exceção, sempre, passível de exposição formal. Ainda, os sistemas informatizados devem, sempre que necessário, possibilitar integração uns com os outros, proporcionando a utilização de dados/informações (IC1)- conforme Proposta de Encaminhamento (seção 5).
431. Com relação aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), verificaram-se as seguintes práticas cujos níveis de incipiência apontados podem impactar direta e negativamente no atingimento de metas dos ODS associadas (conforme Proposta de Encaminhamento- seção 5):
- 431.1. Prática VS3 (Realizar vigilância, prevenir e controlar doenças transmissíveis), que se relaciona com a meta 3.3, do ODS3 (seção 2.1.1.4);
 - 431.2. Prática VS4 (Realizar vigilância das Doenças Crônicas não Transmissíveis, de Acidentes e de Violências), que é relacionada às metas 3.4, 3.5, 3.6 e 3.a, do ODS3 (seção 2.1.1.4);

- 431.3. Prática VS5 (Realizar vigilância das populações expostas a riscos ambientais em saúde), que possui relação com as metas 3.9, 6.1, 6.2, 6.3, 6.6, 6.a e 6.b, dos ODS3 e ODS6 (seção 2.2.1.3);
- 431.4. Práticas AM4 (Prover capacitação) e AM5 (Complementar recursos financeiros), que se relaciona com a meta 3.c, do ODS3 (seção 2.2.1.4).
432. Com respeito aos dados das organizações estaduais e municipais, é imperativo que, em cumprimento ao Acordo de Cooperação que permitiu a realização deste trabalho, o TCU encaminhe ao IRB e à Atricon, com os cuidados da classificação de sigilo, os dados brutos obtidos de todas as organizações estaduais e municipais respondentes; e aos tribunais de contas que participaram do trabalho, os dados relativos aos seus jurisdicionados, a fim de que esses tribunais possam realizar, de acordo com o juízo de conveniência e oportunidade, ações de controle educativas, preventivas e, futuramente, corretivas em suas respectivas esferas de atuação. Propõe-se também encaminhar cópia do acórdão que vier a ser proferido, acompanhado do relatório e voto que o fundamentarem, ao IRB, à Atricon e a todos os tribunais de contas dos estados e dos municípios, até mesmo aos que não tenham sido partícipes deste levantamento, para que possam tomar conhecimento do trabalho.
433. Para fins de divulgação dos resultados do trabalho aos interessados, e para acelerar a inclusão dos temas apresentados no levantamento na agenda das organizações públicas, propõem-se autorizar que a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaúde), com o apoio de outras unidades da Segecex:
- 433.1. Divulgue as informações consolidadas obtidas neste levantamento em informativos e em sumários executivos, sem a identificação individual das organizações respondentes;
- 433.2. Encaminhe, por meio dos tribunais de contas partícipes, relatório individualizado para as organizações estaduais e municipais participantes do presente levantamento, discriminando os seus respectivos resultados, e comparações com os resultados gerais e resultados médios das organizações dos seus segmentos de negócio, como forma de subsidiar o planejamento dessas organizações, incluindo neste relatório sugestão para que as organizações, em atenção ao art. 6º da Lei 12.527/2011, promovam a divulgação, preferencialmente na Internet, das informações constantes do seu relatório individualizado, com exceção daquelas classificadas como não públicas nos termos da lei;
- 433.3. Encaminhe relatório individualizado para as organizações estaduais e municipais participantes do presente levantamento que estejam jurisdicionadas aos tribunais de contas que não participaram deste trabalho, nos mesmos termos do item anterior;
- 433.4. Remeta, caso seja solicitada, ao Órgão Governante Superior federal (Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde), bem como ao Órgão Governante Superior do estado onde o Tribunal de Contas competente não tenha participado do trabalho (Secretaria Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde), com os cuidados da classificação de confidencialidade (sigilo), cópia dos dados das respostas das organizações de sua esfera de atuação; e
- 433.5. Publique na Internet, na forma de dados abertos, cópia dos dados brutos das respostas obtidas neste levantamento, identificando, para cada resposta, apenas a esfera (estadual ou municipal) a qual pertence o respondente, acompanhadas dos agregadores de capacidade calculados, com objetivo de estimular análises pelas partes interessadas no tema, mas de forma que não seja possível identificar a resposta de cada participante individualmente.
434. Considerando o previsto no art. 4º, § 2º, da Resolução-TCU 254/2013, que estabelece que “cabe ao TCU respeitar a classificação atribuída na origem às informações recebidas de pessoa física ou jurídica externa ao Tribunal”, será proposta, por prudência, a **classificação de reservado às peças enviadas pelas organizações participantes deste levantamento, em especial, as respostas aos questionários enviados**.
435. Propõe-se também **classificar como reservadas**, nos termos do art. 7º, inciso VIII c/c parágrafo único, ambos da Resolução-TCU 254/2013, **as demais informações presentes nestes autos**, tendo em vista que o presente processo trata de levantamento de auditoria, instrumento utilizado para identificar objetos de controle, nos termos do art. 238, inciso II, do RITCU, sendo, portanto um tipo de atividade de inteligência.
436. Considerando ainda a natureza sigilosa destes autos, e, por outro lado, a necessidade de divulgar os resultados deste trabalho, propõe-se tornar público o acórdão, o relatório e o voto que vierem a ser proferidos, bem como o documento que apresenta o resultado consolidado detalhado do trabalho (peça 84), mantendo-se o

sigilo das peças mencionadas no item 0 e de outros documentos que, por restrição legal, devam assim permanecer.

5 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

437. Ante o exposto, submetem-se os autos à consideração superior, para posterior encaminhamento ao gabinete do Ministro-Relator Bruno Dantas com as propostas a seguir.

438. **Tornar público o acórdão que vier a ser proferido, bem como o relatório e voto que o fundamentarem e o resultado consolidado detalhado do trabalho constante da peça 84 deste processo, classificando todas as demais peças como reservadas**, nos termos do art. 4º, §§ 1º e 2º c/c art. 7º, VIII e parágrafo único *in fine*, todos da Resolução-TCU 254/2013.

439. **Recomendar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** que, além de considerar as demais análises e conclusões deste trabalho em sua atuação, com fundamento no art. 14-A, da Lei 8.080/90, mediante a edição de ato normativo, estabeleça diretriz de nível nacional às secretarias estaduais e municipais de saúde no sentido de que a incorporação e utilização dos sistemas informatizados disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou de outras soluções disponíveis na administração pública deve ser a regra, devendo as contratações de sistemas junto a empresas fornecedoras de soluções de tecnologia de informação ser tratadas como exceção, sempre acompanhada de justificativas formais pela não adoção dos sistemas públicos (seção 2.2.2.6).

440. **Recomendar ao Ministério da Saúde** que, além de considerar as demais análises e conclusões deste trabalho em sua atuação:

440.1. em consonância com o disposto nos incisos III, X, XIII e XVII, do art. 16, da Lei 8.080/90, e no art. 7º da Portaria GM/MS 2.690/2007, 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 (seção 2.2.2.6).

440.2. com fundamento nas disposições do art. 16, inciso XIII, da Lei 8.080/90, e do item 5.2, *c*, da Portaria GM/MS 3.916/1998 (seção 2.1.1.3):

440.2.1. realize levantamento acerca da situação atual dos consórcios públicos em assistência farmacêutica em funcionamento no País, apurando-se: o nome do consórcio; os entes federativos participantes de cada consórcio; a região de saúde coberta pelo consórcio, informando a Unidade Federativa correspondente; e

440.2.2. a partir do mencionado levantamento, considere a oportunidade de reavaliar e implementar, com maior efetividade, a estratégia de apoio e estímulo à organização de consórcios públicos destinados à prestação de assistência farmacêutica no País.

441. **Informar à Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** acerca da necessidade de atenção às informações obtidas junto às secretarias estaduais de saúde, em relação às práticas AM4 Prover capacitação- e AM5- 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 nº 3 (ODS3)- seção 2.2.1.4.

442. **Informar ao Ministério da Saúde** acerca da necessidade de atenção às informações obtidas junto às secretarias estaduais e municipais de saúde em relação às práticas VS3, VS4 e VS5, com vistas a subsidiar estudos sobre a necessidade de implementação de melhorias na estratégia ou na política nacional de vigilância em saúde, diante do compromisso brasileiro com o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável nº 3 e nº 6 (ODS3 e ODS6)- seções 2.1.1.4 e 2.2.1.3.

443. **Determinar**, com fundamento no Regimento Interno do Tribunal de Contas da União, art. 250, II, **à Comissão Intergestores Tripartite e ao Ministério da Saúde** que encaminhem, no prazo de sessenta dias a contar da ciência do acórdão que vier a ser proferido, plano de ação para a implementação das medidas citadas no *Decisum*, contendo:

443.1. para cada recomendação cuja implementação seja considerada conveniente e oportuna, as ações que serão adotadas pela organização, o prazo e o responsável (nome, cargo e CPF) pelo desenvolvimento das ações; e

443.2. para cada recomendação cuja implementação não seja considerada conveniente ou oportuna, justificativa da decisão.

444. Autorizar que a Secretaria de Controle Externo da Saúde (SecexSaude/TCU), com apoio de outras unidades da Segecex:

444.1. Encaminhe, por meio dos tribunais de contas partícipes, relatório individualizado para as organizações estaduais e municipais participantes do presente levantamento, discriminando os seus respectivos resultados, e comparações com os resultados gerais e resultados médios das organizações dos seus segmentos de negócio, como forma de subsidiar o planejamento dessas organizações, incluindo neste relatório sugestão para que as organizações, em atenção ao art. 6º da Lei 12.527/2011, promovam a divulgação, preferencialmente na Internet, das informações constantes do seu relatório individualizado, com exceção daquelas classificadas como não públicas nos termos da lei;

444.2. Encaminhe relatório individualizado para as organizações estaduais e municipais participantes do presente levantamento que estejam jurisdicionadas aos tribunais de contas que não participaram deste trabalho, nos mesmos termos do item anterior;

444.3. Encaminhe ao Instituto Rui Barbosa (IRB) e à Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon), com os cuidados da classificação de confidencialidade, cópia dos dados brutos das respostas de todas as organizações estaduais e municipais participantes;

444.4. Encaminhe aos tribunais de contas partícipes do Acordo de Cooperação celebrado para a realização deste levantamento, com os cuidados da classificação de confidencialidade, cópia dos dados brutos das respostas das organizações da sua esfera de atuação, e, no caso dos demais tribunais de contas, encaminhe esses dados mediante solicitação;

444.5. Entregue, caso seja solicitada, ao Órgão Governante Superior federal (Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde), bem como ao Órgão Governante Superior do estado onde o Tribunal de Contas competente não tenha participado do trabalho (Secretaria Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite e Conselho Estadual de Saúde), com os cuidados da classificação de confidencialidade, cópia dos dados das respostas das organizações de sua esfera de atuação;

444.6. Divulgue as informações consolidadas obtidas neste levantamento em informativos e em sumários executivos, sem a identificação individual das organizações respondentes;

444.7. Publique na Internet, na forma de dados abertos, cópia dos dados brutos das respostas obtidas neste levantamento, identificando, para cada resposta, apenas a esfera (estadual ou municipal) a qual pertence o respondente, acompanhadas dos agregadores de capacidade calculados, com objetivo de estimular análises pelas partes interessadas no tema, mas de forma que não seja possível identificar a resposta de cada participante individualmente;

444.8. Remeta cópia do acórdão que vier a ser proferido nestes autos, acompanhado do relatório e voto que o fundamentarem, além das cópias integrais do relatório da Equipe de auditoria e do resultado consolidado detalhado do levantamento constante da peça 84, à(o)(s):

- 444.8.1. Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
- 444.8.2. Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados;
- 444.8.3. Instituto Rui Barbosa (IRB);
- 444.8.4. Associação dos Membros dos Tribunais de Contas do Brasil (Atricon);
- 444.8.5. Conselho Nacional de Saúde;
- 444.8.6. Ministério da Saúde;
- 444.8.7. Comissão Intergestores Tripartite (CIT);
- 444.8.8. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass);
- 444.8.9. Confederação Nacional de Municípios (CNM);
- 444.8.10. Diretoria de Auditoria da Área Social, da Controladoria Geral da União (CGU);

- 444.8.11. Conselho Federal de Medicina (CFM);
- 444.8.12. Coordenadoria da 5ª Câmara – Patrimônio Público e Social-, do Ministério Público Federal (MPF);
- 444.8.13. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS);
- 444.8.14. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e
- 444.8.15. Tribunais de contas partícipes do Acordo de Cooperação que viabilizou este trabalho e demais tribunais de contas dos estados e dos municípios, para conhecimento do resultado do trabalho no âmbito do TCU.

445. **Arquivar** os presentes autos, nos termos do art. 169, V, do RITCU.”

É o relatório.